

Entre-nous et Chez-nous

*Aménagement d'espaces d'intervention pour la reconstruction psychique du
survivant infecté par le VIH au Rwanda post-génocide.*

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN
Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation
*Institut d'analyse du changement dans l'histoire et les sociétés
contemporaines (IACCHOS)*

Entre-nous et Chez-nous

*Aménagement d'espaces d'intervention pour la reconstruction psychique du
survivant infecté par le VIH au Rwanda post-génocide.*

Co-Promoteurs :

*Professeur Jean-Luc BRACKELAIRE
Professeur Eugène RUTEMBESA*

Thèse présentée en vue de l'obtention du
grade de Docteur en Sciences psychologiques
et de l'éducation par Jeannette UWINEZA

Louvain-la Neuve, Belgique
Décembre 2015

Membres du jury de thèse:

Professeur Philippe Meire, Président
Professeur Jean KINABLE
Professeur Jean GIOT
Professeur Antoine MASSON
Professeure Anne-Christine Frankard

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES.....	5
REMERCIEMENTS.....	11
RÉSUMÉ	15
ABSTRACT	16
INTRODUCTION GÉNÉRALE	19
1. Introduction : itinéraire incertain	19
2. Genèse de la problématique.....	21
3. Un enfant, mais aussi un homme	23
4. L'arrière-plan du plaisir insolite du stupéfiant	24
5. Avec l'autre comme soi, création du chez soi.....	25
6. Une réalité multiface.....	27
7. Et l'« enfant ».....	31
8. Qu'en est-il du survivant ?	32
9. Que faire ? Quand et comment ?.....	34
CHAPITRE I. CONTEXTUALISATION	37
1.1. Introduction.....	37
1.2. L'an 1994, « gouffre irréprésentable ».....	38
1.3. De la spirale de violence à un génocide de proximité.....	44
1.3.1. Avril 1994.....	48
1.3.2. Un génocide atypique.....	51
1.3.3. Au lendemain du génocide	54

1.3.4. Viol et VIH, outils venimeux de génération en génération.....	59
1.4. Les mères	64
1.4.1. Place de la mère dans la société traditionnelle rwandaise	65
1.4.2. Responsabilités de la mère dans la société traditionnelle	66
1.4.3. Relation mère-enfant dans le Rwanda traditionnel	68
1.5. Mère survivante	71
1.5.1. Lutte pour survivre	71
1.5.2. AVEGA-Agahozo	72
1.5.3. Institution en portrait de famille artificielle	74
1.6. Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida	76
1.6.1. Dépistage volontaire et temps d'annonce.....	77
1.6.2. Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)	78
1.6.3. VIH et ses retentissements psychiques.....	79
1.7. Politique des soins de santé mentale	82
1.8. Conclusion	84
CHAPITRE II. MÉTHODOLOGIE	87
2.1. Introduction.....	87
2.2. Approche inductive.....	88
2.2.1. Etapes suivies	90
2.2.2. Question éthique : contexte et parcours de terrain.....	95
2.2.3. Place de l'acteur de terrain.....	96
2.2.4. Choix des acteurs de terrain	98
2.3. Recherche-action et recueil des données	104
2.4. Particularité du terrain et outils en agencement	105
2.4.1. La démarche clinique	106
2.4.2. Entretiens semi-directifs	109
2.4.3. Récit de vie.....	109
2.4.4. Groupe de soutien.....	112
2.4.5. Procédure d'intégration d'enfant dans leur groupe de soutien	114
2.4.6 .Cadre et outil particulier pour enfant.....	117
2.4.7. Groupe de soutien et co-facilitation	124
2.4.8. Étude de cas.....	127
2.5. Analyse par théorisation enracinée.....	128

2.6. Difficultés rencontrées	131
2.7. Conclusion	132
CHAPITRE. III. ENTRE-NOUS : ESPACE « MÈRE »	135
3.1. Introduction.....	135
3.2. Évaluation de l'expérience antérieure.....	141
3.2.1. Note explicative	141
3.2.2. Jeanne est pensive et pousse des soupirs momentanés	142
3.2.3. Groupe lieu de reconstruction de l'estime de soi	161
3.2.4. Claudette : « Je suis criminelle »	164
3.2.5. Ariane : « Le groupe m'a aidée (...), mon fils avait tout payé »	177
3.2.6. Linda, « Je garde un secret lourd »	179
3.2.7. Lucie : « ...je me suis évanouie comme quelqu'un qui meurt »	183
3.2.8. La voix d'un soignant	190
3.2.9. Groupe de soutien, dispositif à transposer à titre de synthèse	192
3.3. Résultats issus de la recherche-action proprement dite	196
3.3.1. Note descriptive	196
3.3.2. « Les mots ? Seulement les mots ? »	198
3.3.3. L'inconnu doublement vexant.....	203
3.3.4. S'exiler de soi, de chez soi	210
3.3.5. La vie des morts et de la mort des survivants.....	215
3.3.6. La survie du chercheur dans la clinique des traumatismes extrêmes	235
3.4. L'émergence d'une méthodologie : Entre-nous	236
3.4.1. Dehors, espace réservé au général.....	237
3.4.2. Dedans, espace réservé à l'intime.....	239
3.4.3. « Une mère sans matrice ? »	240
3.4.4. Dora : « Le général, n'existe pas »	243
3.5. Entre-nous pour désigner l'espace « mère ».....	247
3.5.1. Repères de protection.....	248
3.5.2. Derrière la dignité, conflit latent entre soi et entre mères.....	249
3.5.3. Que dis-tu de ce dispositif après tout ce temps ?.....	253
3.5.4. L'Entre-nous, lieu des liens.....	254
3.6. Vécu face au double destin : génocide-VIH/sida	258
3.6.1. La deuxième mort.....	259
3.6.2. « Le génocide individuel »: la transmission de l'identité meurtrière	261
3.6.3. Les stéréotypes négatifs, un des défis de la reconstruction.....	262

3.7. Ukwiyakira.....	266
3.8. « Que faire quand les piliers d'appui ne sont plus solides ? »	276
3.8.1. Impossibilité de survivre.....	278
3.8.2. Les mots de l'Entre-nous face aux maux du dehors	279
3.8.3. Les épreuves de la vie	282
3.8.4. Les valeurs d'avant.....	286
3.8.5. Imana, « lui seul peut tout »	289
3.8.6. Enfant, « un des colonnes vertébrale de ce qui fait l'humain ».....	292
3.9. Conclusion	295
CHAPITRE IV. CHEZ-NOUS : ESPACE « ENFANT »	299
4.1. Introduction.....	299
4.2. Genèse du groupe d'enfants.....	299
4.3. « Chez-nous » pour désigner l'espace « enfant »	303
4.3.1. Portrait de l'espace « enfant » Chez-nous	305
4.3.2. Attention particulière à l'enfant	305
4.4. Résultats issus de l'espace « enfant »	306
4.5. Le statut de l'enfant dans le Rwanda post-génocide.....	309
4.5.1. Nadège : Le mariage concocté par sa mère	310
4.5.2. Letty : Enfant sans voix, sans voie, en quête du sens	322
4.5.3. Eunice: Hypothèque d'une enfance pour le rachat d'une famille.....	328
4.5.4. Annette : Enfant abusé et/ou violé, avenir détourné.....	334
4.5.5. Nélice : Enfant, sans larmes, sans voix ni voie	340
4.5.6. Queen : Enfant de l'ennemie	344
4.5.7. Peace : Enfant de tout le monde, de personne, de partout et de nulle part	349
4.5.8. Cyusa : protection de l'enfant ou du secret ?	357
4.6. Conclusion	369
CHAPITRE V. DE L'HYPOTHÈSE À LA THÈSE.....	373
5.1. Introduction.....	373
5.2. Les espaces de reconstruction en portrait de famille	373
5.2.1. Entre-nous, lieu des liens entre adultes.....	374

5.2.2. Chez-nous, lieu des liens entre adultes et enfants	377
5.2.3. Entre-génération.....	387
5.3. Les conclusions.....	393
5.3.1. Entre-nous, Chez-nous, cadre méthodologique de recueil de données....	394
5.3.2. Entre-nous, Chez-nous, modèle stratégique d'intervention	395
5.3.3. Pouvoir restructif de l'Entre-nous, Chez-nous	396
CONCLUSION GÉNÉRALE	399
1. Notre méthodologie, avantages et limites.....	400
2. Nos résultats.....	406
2.1. Adulte, en vie sans vie	406
2.2. Enfant sans enfance	414
2.3. L'Entre-nous, le Chez-nous et l'Entre-génération	416
2.4. Et les pères, où sont-ils ?	420
3. Co-facilitation du groupe dans la clinique du traumatisme	422
4. Vers l'Entre-génération et les liens restructeurs	423
BIBLIOGRAPHIE.....	427

Remerciements

« Faire une thèse demande beaucoup d'énergie, de présence et de disponibilité », « C'est un travail de longue haleine qui demande de la patience, mais quand même un bon exercice qui procure satisfaction à l'achèvement », « C'est un chantier en cours de construction... », « Ça demande un certain nombre de crédits de temps », me disaient, chacun individuellement, mes accompagnateurs et certains de mes amis tout au long de cette recherche-action. « C'est un chemin solitaire par lequel il faut passer et surtout arriver au bout ». Oui. Tous ces énoncés sont vrais. J'y ai trouvé moi-même un autre versant : c'est aussi un carrefour de nomades, parfois on ne sait pas où poser ses valises ! Au nord ? Au sud ? Dans d'autres coins de l'Occident où l'on se rend pour chercher les matériaux de construction dudit chantier ? S'y lancer demande l'intégration de toutes ces représentations et d'y donner sens.

Dans ce chemin solitaire, comme le croient et l'affirment bon nombre de personnes, j'ai trouvé un assemblage d'objets venant de différents lieux, un travail en équipe de soutien sans qui je ne serais pas arrivée au terme. L'examen difficile pour moi, c'est de savoir comment orienter mes remerciements et celui de trouver la formulation pour toutes les personnes qui ont contribué à ce chantier dont les matériaux viennent d'être assemblés. Au moment où je pensais que j'allais être brève sur cette page, ma mémoire remonte le temps et ne considère aucun détail inutile. Elle me rappelle vivement que cette thèse appartient principalement à la mère et à l'enfant qui n'ont pas pu taire ce qu'ils ne pouvaient pas dire. Aurais-je été capable de l'écrire sans la rencontre avec l'équipe qui m'a accompagnée de près et qui m'a fait rencontrer d'autres personnes qui ont allongé la chaîne des penseurs ? Non. Ainsi, l'honneur m'échoit de remercier vivement toute cette équipe des penseurs qui m'ont octroyé l'opportunité de penser avec eux et de bénéficier de la richesse de leurs idées rassemblées dans cette thèse pour les faire miennes.

Mes remerciements s'adressent principalement aux Professeurs Jean-Luc Brackelaire et Eugène Rutembesa, promoteurs de cette thèse. Ils s'adressent également à tous les professeurs membres de mon comité d'accompagnement. Leur complémentarité singulière reflète la rigueur et la finesse de leurs analyses, nouant la clinique et la théorie.

Travailler avec toi, Jean-Luc, a été pour moi un moment fort intéressant. J'ai été fort marquée par la liberté de travail que tu offres, liberté qui créait elle-même l'obligation et la rigueur pour produire quelque chose de qualité, fondée sur ton regard clinique qui ne laisse rien en suspens. Ta disponibilité, malgré tes responsabilités, m'a servi d'appui et je l'ai perçue comme une autre forme de formation qui pourrait me servir dans mes futures responsabilités. Avec toi, j'ai appris plein de choses, particulièrement que, dans le flux des événements, certains détails parfois insignifiants peuvent produire des connaissances prodigieuses. Il suffit de les ramener à la surface où l'on peut leur accorder sens. Puisse le reste de mon itinéraire te croiser encore pour parfaire ma formation. Je ne peux pas me taire

devant tes qualités qui conjuguent le professionnalisme et l'humanisme qui caractérisent ta personne. C'est avec cela que j'ai pu affronter cette thématique éprouvante.

Eugène Rutembesa, je tiens à te remercier aussi pour ta confiance, non seulement pour cette thèse, mais aussi pour d'autres travaux antérieurs. Cette unique phrase n'est pas aussi courte qu'on pourrait le croire. Au contraire, elle est toute une histoire qui témoigne de tout ce que tu as été pour moi dans ma formation universitaire et professionnelle.

Professeur Jean Kinable, je voudrais vous adresser mes sincères remerciements pour tout le temps que vous m'avez consacré autour des analyses des situations cliniques étudiées dans cette thèse. C'est de votre rigueur analytique, liant la clinique et la théorie, que je me suis servie pour analyser les situations cliniques détaillées dans cette thèse. Sans doute y trouverez-vous les marques de vos pensées.

Professeur Jean Giot, vous preniez soin de me conseiller par rapport à la documentation qui pouvait éclairer la compréhension. Vos précisions linguistiques m'ont permis de porter un autre regard sur le langage. Je vous remercie également pour vos indications quant aux services, institutions, musées, films qui pouvaient éclairer ma réflexion. Veuillez trouver ici ma sincère reconnaissance pour la relecture entière de cette thèse avec rigueur et souci de précision quant à la formulation langagière. Avons-nous atteint cette précision ? Je dirais que nous avons tenté d'approcher la réalité, mais comme vous le dites vous-même, on ne peut ne pas se poser question quant à la qualité de ce qui reste quand il s'agit « de traduction et de retraduction ». Et en cas de souffrances gelées et de profond désespoir, les mots ne deviennent-ils pas superflus ? Comment traduire ces silences qui s'imposent à la place des mots ? Puisse le temps nous permettre d'y revenir.

Mes remerciements vont également au Professeur Antoine Masson. Vos questions et votre regard imagé autour de l'adolescent faisaient jaillir en moi de nouvelles idées autour du sujet-jeune. Votre façon d'éclairer sa situation, qui chaque fois faisait appel aux métaphores, m'a permis aussi d'y avoir recours en m'appuyant sur celles que les sujets formulaient pour relativiser leur souffrance. Tous les séminaires pouvant éclairer ma thématique auxquels vous m'avez invitée ne sont pas passés inaperçus. Je vous en remercie, et particulièrement merci pour votre apport quant à la compréhension de la souffrance d'un adolescent.

Je remercie la Professeure Anne-Christine Francard. À plusieurs reprises j'ai frappé à votre porte dans mes tentatives d'aller au bout des paradoxes que pose l'enfant, fort présent tout au long de cette thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous m'avez témoigné à ce moment et que vous me témoignez encore en acceptant de faire partie de mon jury.

Je tiens à remercier également le Professeur Philippe Meire d'avoir accepté de présider mon jury, malgré ses lourdes responsabilités.

Je suis reconnaissante à l'Université Catholique de Louvain qui, au départ, est à l'origine de cette recherche-action via le Projet Interuniversitaire Ciblé : *Élaboration de modèles et de modes d'intervention et de formation en santé mentale appropriés au Rwanda*. Merci à toutes les personnes sympathiques que j'ai croisées dans l'administration.

Que Martine Jansens, Danisa Zapparrata et Josianne Alenus qui ont tant joué le rôle d'intermédiaire, vous représentent et vous fassent parvenir mes remerciements.

Claire Legrève, tu fais partie des personnes qui m'ont accompagnée de près. Je ne peux pas trouver les mots adéquats pour t'exprimer ma reconnaissance. Tu as fait un travail immense en relisant tout le manuscrit jusqu'au format actuel. Je tiens à te témoigner ma reconnaissance et sache aussi que je me suis appuyée sur ton énergie en quelque sorte ; merci pour ton souci de perfectionnement du fond et de la forme. En un mot, merci pour ta générosité et que ces remerciements parviennent à ta famille à qui tu as manqué pendant que tu relisais cette thèse.

Josianne Alenus, c'est grâce à toi que je ne me suis jamais sentie à l'étranger tout au long de ce parcours. Je te suis énormément reconnaissante pour tous les gestes humains posés à mon égard. Grâce à toi, le climat n'était jamais maussade pour moi. Merci d'avoir été avec moi, sans te soucier de l'heure ou du temps qu'il fait, sans craindre la rosée matinale, ni le froid de l'hiver. Depuis le début, tu veillais à ce que mon sourire persiste et que je reste sereine.

Ma gratitude s'adresse également à Mary Fabri, qui fut la première personne à m'ouvrir » la porte de la communauté scientifique. Je remercie le Professeur Patrick De Neuter de m'avoir fait confiance et proposé de participer au colloque « Corps en lambeaux ». Que les Professeurs Xavier Renders, Marie Odile-Godard et Jacques Roisin trouvent aussi ma gratitude pour leur regard psychanalytique porté sur certaines situations. Je remercie aussi Naasson Munyandamutsa pour sa disponibilité et sa diligence pour répondre à toute question, ainsi que pour ses conseils pratiques.

Je voudrais remercier encore Adeline Fohn, Alexis Ndimubandi, Célestin Sebuho, Christine Lebon, Christophe Jansen, Donatille Mukamana, Darius Gishoma, Florence Vandendorpe, Jean Mukimbiri, Léandre Simbananiye, d'être passés par ce chemin avant moi. Je les remercie également pour les échanges constructifs qui m'ont permis de me positionner et de surmonter les doutes du début.

Albert Uhoraningoga, Alphonse Nkusi, Annick Uwacomani, Auli van't Spijker-Niemi, Belaroussi Yasmina, Bernadette Bizimana, Bibiane Kanamugire, Cécile Mukabaranga, Chantal Ngirankugire, Claire Gasanganwa, Claudette Uwimana, Claudine Uwera Kanyamanza, Denyse Kanyange, Dianne Mutabazi, Edmond Dufatanye, Edith Musabyimana, Elise Mutunge, Emmanuel Rutabana, Epaphrodite Nsabimana, Ernestine Narame, Fabiola Mutumwinka, Freya De Clercq, Félix Banderemaho, Félix Mubiligi, Fidèle Rugomwa, Fidèle Sezibera, Florian Thuin, Françoise Mukakarempera (Maman Doudou), Gérard van't Spijker, Hypolite, Muvunyi, Isabelle Mukasine, Jeannette Kabanyana, Jeanne d'Arc Dusabeyezu, Jessica Uwamahoro, Jules Ntare, Juvencio Herreno-Pinto, Kamuhangire Jean-Claude, Khadija Ounchief, Larissa Ndamukunda, Lilianne Uwamahoro, Maman et Papa Maombi, Maman Yves, Mercella Cornejo, Olive Kaneza, Simon Nsabiyeze, Chaste Uwihoreye, Mwizerwa, Narcisse Ntazinda, Tharcisse Gatwa, Viateur Habarurema: vous, et de nombreux autres, êtes aussi gravés sur cette page pour tout ce que vous avez été pour moi.

Merci à Assumpta Muhayisa, Augustin Nshimiyimana, Daniela Oyarce, Katya Morales, Patrick Rwagatare, Thacien Gahizi, Alex Singirankabo pour les moments de convivialité et de partage. Si l'un de vous manque, l'ambiance n'est plus la même.

Merci à Catherine et à Jean pour leur hospitalité.

Un tout grand merci à Dédé qui a su m'accorder un temps, quand je me sentais fatiguée. Que Dieu te bénisse abondamment !

Des remerciements particuliers sont à adresser aux collègues locaux de l'Association AVEGA, à Kigali et à Rwamagana, avec qui nous avons travaillé autour des situations abordées dans cette thèse. Qu'AVEGA, en tant que institution, trouve aussi ma reconnaissance pour l'intérêt témoigné pour notre travail et son implication pour faciliter dans la mesure du possible le déplacement des participants à cette recherche-action, particulièrement les enfants.

Chères mères courageuses, adultes d'hier, chers enfants, garçons et filles, adultes de demain, côtoyés dans ce travail, voici le résultat de ce que vous m'avez confié. J'ai tenté de vous traduire pour témoigner de votre calvaire, mais aussi de votre force pour la survivance, la reconstruction de vous-mêmes et des autres. Je voudrais vous témoigner ma reconnaissance pour le partage de votre savoir et surtout pour l'ouverture de votre « *livre du cœur* », nécessaire à la transmission de ce que vous avez vécu. Sachez que ce travail vous appartient aussi, non seulement par vos témoignages qui le constituent, mais aussi par votre mise en sens qui le rend original. Je vous le dédie, en mémoire des victimes du génocide perpétré contre les Tutsi et de toute violence intentionnelle de l'homme sur l'homme.

Ma reconnaissance et ma dédicace arriveront-elles à l'une d'entre vous, partie dans l'Au-delà pendant que je mettais le point final à cette œuvre ? Certainement oui, car elle n'est pas partie définitivement : ses enfants, ceux des autres, ceux de personne, de partout et de nulle part, pour qui elle a manifesté de l'amour et de la responsabilité, restent. Que son âme repose en paix.

Je remercie profondément ma famille pour tout le soutien affectif qu'elle m'a témoigné. Merci à mes sœurs et frères, cousins et cousines et à notre tante. Avec les familles Tharcisse Ntaganda, Osuald Sinabubaranga, Ntaganira Edourd Mugambira, Tonton Edou Alias Mubyeyi et la famille Daniel Munyankindi, la vie garde son sens.

À l'enfant qui se cherche,

À l'adulte qui lui tend la main,

En mémoire de ma mère,

En mémoire de mon père.

Résumé

Le génocide perpétré contre les Tutsi du Rwanda en 1994 a non seulement emporté des êtres humains, mais a également fait voler en éclat les références culturelles, qui ont tant servi de pilier pour maintenir en équilibre la santé mentale du peuple. Pendant cette époque troublée, de multiples viols et violences sexuelles ont été commis et, en conséquence, le VIH/sida s'est répandu pour saccager plus douloureusement encore le quotidien du survivant dans l'après génocide. Et c'est la mémoire de la mère qui constitue le réservoir des savoirs à cet égard. Le seul moyen de survie auquel elle a eu recours n'a été que le silence. La voici donc porteuse de secrets « à *garder jusqu'à la mort* », alors que le devoir de transmission et le droit de l'enfant de connaître la vérité sur l'héritage traumatique la hantent à jamais.

Comment peut-elle transmettre la perte de la vie qu'elle a connue avant le génocide, la mémoire impossible, la confusion qui caractérise son quotidien ou les difficultés d'envisager l'avenir ? Quels sont le cadre et dispositif qui permettront de soulager les souffrances issues de ces traumatismes superposés que la victime camoufle dans son silence sous le sceau de secrets qu'elle estime contenant et protecteurs pour la jeune génération ? Sur quelles balises culturelles peut-on s'appuyer pour s'engager dans la tâche de la reconstruction psychique, alors que le génocide a tout détruit, sinon placé hors usage ?

La présente recherche doctorale a interrogé ce qu'il en est des mères et de leurs jeunes enfants frappés par le VIH/sida dans le cadre et la suite du génocide pour tenter de mettre au point des stratégies d'intervention qui soient adaptées, c'est-à-dire qui répondent à l'expérience traumatique subie et aux mouvements de relance qui apparaissent lorsque l'occasion en est donnée. Ce qui apparaît, c'est précisément cette instauration potentielle et, dirions-nous, attendue d'un double espace d'Entre-nous et de Chez-nous, tels que nous les entendons au Rwanda.

L'expérience traumatique redoublée du génocide et du VIH/sida, qui a atteint les fondements des liens entre les gens et entre les générations, fondements qui sont aussi ceux de la famille, en appelle à leur relance par la voie de la recreation de formes d'Entre-nous et de Chez-nous. L'Entre-nous désigne un espace où se tissent et se retissent des liens entre adultes, et le Chez-nous, un espace où se créent et se recréent les liens entre enfants et entre adultes et enfants. Ces espaces se présentent comme « matriciels », lieux de relance de la socialité des liens entre les pairs et entre parents et enfants. Ils engagent en ce sens aussi les liens entre générations.

Le texte présente le double dispositif mis sur pied par la recherche-action (groupe de mères et groupe d'enfants/de jeunes), le travail à la fois collectif et individuel qui y a pris place, les processus psychiques et sociaux remobilisés dans ce travail, et il débouche sur une mise en forme de l'identité et de la fonction principales de ces groupes : celles d'être et d'œuvrer à la restauration des lieux d'Entre-nous et de Chez-nous. Ce modèle peut alors servir d'inspiration à la mise sur pied de dispositifs analogues dans des contextes proches.

Abstract

The genocide against the Tutsi in Rwanda in 1994 has not only taken lives of human beings, but also shattered cultural references that have served as a pillar to keep in balance the mental health of the people. During this troubled time, multiple rapes and sexual violences were committed and, therefore, HIV/AIDS has spread to damage further the everyday life of the survivor in post genocide. And it is the memory of the mother which constitutes the reservoir of knowledge in this regard. The only means of survival she used was silence. Thus, here she is the bearer of secrets "to keep until death ", while the duty of transmission and the child's right to know the truth about the traumatic legacy haunt her forever.

How can she convey the loss of the life she has known before the genocide, the impossible memory, the confusion that characterize her everyday life or difficulties to face the future? What are the framework and setting that will relieve the suffering from the accumulated trauma that the victim hides in her silence under the undisclosed secrets that she considers containers and protectors for the young generation? On what cultural beacons can we rely on to engage in the task of mental reconstruction, while the genocide destroyed everything, otherwise placed outside use?

The present doctoral research was conducted on mothers and their young children affected by HIV/AIDS in the context of genocide and following genocide in the attempt to develop intervention strategies that are appropriate, that is to say which respond to the traumatic experience suffered and to the movement of revival that appear when opportunity is given. What appears is precisely this potential establishment and we would say, expected of a double space Between Us and At Home, as we understand them in Rwanda.

The redoubled traumatic experience of the genocide and HIV/AIDS, which has reached the foundations of relationship between people and between generations and even inside family, requesting their recovery by means of recreation under forms of Between Us and At Home. The Between Us means a space where strong links are created and recreated between adults and the At Home is a space where strong links are created and recreated between children and between adults and children. These spaces are as "matrix", spaces of social revival links between peers, between parents and children. They also engage in the links between generations.

The text presents the dual setting set up by action-research (group of mothers and group of children/youth), the work both collective and individual that took place, psychic and social processes remobilized during this work, and it leads to shaping the identity and function of these main groups: those to be and to work towards the restoration of places of Between Us and At Home. This model can then be used as inspiration for the establishment of similar settings in related contexts.

*L'expérience est un professeur brutal. Mais on apprend !
Mon Dieu, comme on apprend !*

C.S. Lewis

Introduction générale

1. Introduction : itinéraire incertain

Cette thèse est l'aboutissement ou le début d'un long voyage personnel à itinéraire incertain, dont nous ne pouvons pas repérer exactement le début. Simplement, nous dirons qu'en cours de chemin, il nous est arrivé de nous arrêter momentanément et de réfléchir sur certaines préoccupations qui ont exigé de nous un surplus d'énergie psychique dans notre expérience professionnelle : dialoguer, comprendre certains silences, écouter, observer, garder, transformer, trouver le sens du vide et du plein de sens pour revenir encore à l'insensé, et ainsi de suite. Le seul souci que nous avions n'était que celui de soulager la souffrance de la personne qui s'adresse à nous. C'est cet esprit qui nous anime chaque fois que nous rencontrons des situations qui nous posent question depuis que nous sommes allée à la rencontre de patients dans des institutions où nous avons œuvré soit pour les stages pratiques, soit dans notre parcours professionnel ou lors de passages effectués dans des institutions nationales et internationales qui se sont données comme mission d'être à l'écoute des personnes en situation de traumatisme extrême lié à la violence de l'homme sur l'homme.

À l'Hôpital Neuro-Psychiatrique Caraes de Ndera (HNP-CN), où nous avons fait notre premier stage et où nous avons travaillé après nos études universitaires à l'Université Nationale du Rwanda, un cas nous a particulièrement fait réfléchir, celui d'un enfant, en même temps « *homme* », disaient les soignants et sa mère. Il est connu dans nos réflexions sous les initiales de MD. Au Service de Consultations Psycho-Sociales (SCPS), l'actuel Département de Santé Mentale du Centre Hospitalier Universitaire de Kigali, où nous avons effectué notre deuxième stage pratique pendant notre formation universitaire au métier du psychologue clinicien, nous avons rencontré deux mères et leurs enfants qui ont également retenu notre attention. Pour l'une de ces deux mères, nous essayons d'oublier son histoire mais en vain. Pour la seconde mère, avec ses enfants non vus de nos propres yeux, mais fort présents dans le récit de leur mère, dans notre premier essai de mise en écriture de nos pensées (Uwineza, 2005), elle est connue sous les initiales de MMG.

En 2007, au sein de la clinique ambulatoire adressée à des personnes vivant avec le VIH/sida où nous nous occupons des enfants et de leur famille, à la fin d'une demi-journée épuisante, un de nos employeurs nous posa la question : « *Combien de patients vois-tu par jour ?* » Nous n'avons pas pu y répondre, car nous étions encore accrochée à l'histoire de l'enfant sans chez soi, qui ne parlait que par les traces de brûlures, signe de mauvais traitements connus chez l'autre. Un autre exercice de mettre en écriture nos pensées a été réalisé autour de cet enfant que nous situons face à l'impossibilité pour lui de s'inscrire dans son histoire (Uwineza, Brackelaire, & Masson, 2014).

En novembre 2008, nous avons effectué un voyage aux USA. Le Centre d'accueil des survivants de la torture *Marjorie Kovler Center* fut l'une des institutions qui nous a accordé du temps pour nous apprendre leur modèle de soins pour les survivants de la torture du monde entier, en exil aux USA. Nous y avons trouvé aussi des situations complexes. Celle qui retentit encore en nous est celle qui est étroitement liée aux situations que nous abordons dans cette thèse, situations qui imposent à des adultes d'être responsables d'enfants qui ne sont pas les leurs. Un jeune garçon du Guatemala sans chez soi ne pouvait pas quitter le centre, il était là chaque jour. Impossible donc d'ignorer la demande implicite de cet enfant ; un des agents dudit centre a fini par le prendre chez lui.

Notre itinéraire était toujours incertain. Ce que nous savions simplement, c'est que nous avions comme mission de soulager la souffrance. Cependant les choses commençaient à s'éclaircir. Autour de notre objectif de soulager, les questions étaient celles-ci : Comment mieux soulager ? Quel est le modèle de prise en charge adéquat pour répondre à ces situations extrêmes que nous rencontrons ? Voilà d'ailleurs la raison de notre visite à différentes institutions locales et internationales. Toute naïve que nous étions, nous espérions bien que dans ce lieu lointain, au *Marjorie Kovler Center* où l'on s'occupe des survivants de la torture, il nous serait possible de nous renseigner sur la façon exacte de procéder pour soulager la souffrance psychique des personnes blessées. Lors de notre participation à la séance de supervision qui réunissait les membres de l'équipe soignante, les frustrations liées au fait de ne pas être au bout de ses peines sont exprimées par chacun des membres de l'équipe soignante. La réponse à notre question rejoint ce que nous disait Munyandamutsa dans les moments de supervision. Nous reprenons l'extrait de ce que nous avons retenu pendant la séance de supervision autour d'une mère sans chez soi, ni chez elle, avec son petit fils à la porte de mon bureau :

Nous travaillons avec des gens extrêmement blessés ; cicatriser leurs blessures n'est pas une affaire immédiate, ni réduite à la volonté d'une seule personne. Il faut absolument l'autre, et sache-le bien, notre métier nous met à la rencontre avec l'autre ; face à l'humain, on n'a donc pas de réponse quand on est devant des paradoxes. Cependant, je trouve qu'il faut continuer à créer même sans moyen, et tu as déjà commencé, poursuis dès lors ta création. Crée pour ces enfants, crée pour ces mères et surtout crée pour toi.

Cela n'a rien de contradictoire avec ce que le Dr Mary Frabri nous avait dit, d'une façon implicite. « *Va voir, tu me diras et tu diras aux autres...* ». De cette façon, elle nous envoyait regarder ce qui est faisable et ce qui n'est pas faisable pour que par après nous puissions penser et créer. Ainsi, en plus du seul souci de soulager que nous avions, s'ajoutait un autre : chercher. Nous avons donc réalisé qu'il faut aussi chercher pour mieux soulager. C'est lors de la conférence internationale organisée par ISTSS¹ que ce constat s'est bien éclairé en nous. Quand nous sommes arrivée sur le terrain, nous avons pu réaliser que nous avions déjà commencé la recherche sans le savoir. Car notre désir de soulager ne nous avait jamais laissée tranquille, puisque sans cesse nous nous demandions et demandions aux aînés dans ce métier : pour quoi ceci ou cela ? Comment peut-on procéder

¹ International Society for Traumatic Stress Studies

pour mieux faire ? Autrement dit, quel serait le modèle de prise en charge qui pourrait soulager la souffrance des personnes qui viennent nous voir ?

Ces mêmes questions nous ont toujours animées, même dans les débuts de la présente recherche-action qui étaient aussi incertains. Nous nous rendions à l'Hôpital Universitaire Saint-Pierre à Bruxelles où nous avons passé une période de quelques mois, pour y apprendre ce qui peut constituer les éléments constructifs du modèle de soins approprié à la population de l'étude. Certaines choses n'étaient pas encore bien claires au niveau de la recherche, bien que nous ayons déjà commencé à élaborer le projet. Nous ne cherchions que « *comment procéder pour mieux soulager* ». Cette période, si courte soit-elle, que nous avons passée à l'Hôpital Universitaire Saint-Pierre nous a aussi ouvert les yeux, surtout au sujet du modèle des soins. Les nouvelles questions se sont ajoutées à celles que nous avions, pour rendre l'objet de notre pensée beaucoup plus ample. Ces questions sont étroitement liées à la conception de la maladie chronique dans les différentes cultures du monde entier, soit chez les nationaux, soit chez les étrangers ayant le statut d'exilé ou encore ceux en quête du statut d'exilé infectés par le VIH/SIDA. Les échanges avec les professionnels et avec les patients nous ont guidée quant à la manière d'y donner sens. Un cas nous a particulièrement interpellée, celui d'une mère en demande du statut d'exilé, sans même un logement, qui décida de faire des enfants jusqu'à en avoir 4, alors qu'elle n'avait même pas où loger. Tandis que la mère témoignait qu'elle ne vivait que grâce à ses enfants, l'assistante sociale s'étonna : « *les Africains s'exilent avec leurs cultures et cela complique leur prise en charge. Imagine-toi 4 enfants sans même une demeure fixe !* » Cela rejoint l'idée de Sebasoni Sylverien, lors d'une rencontre avec lui en Belgique, à l'occasion de la parution de la *Biographie de Mgr Aloys Bigirumwami*, qui nous a aussi fait remarquer que « L'homme est tout un continent. Tu ne sauras jamais ce qu'il pense ». Nous avons déjà la même impression après les deux temps de terrain. Nous croyions que nous savions, mais nous avons remarqué que nous ne savions rien. Et même à la fin de cette thèse, l'idée que Sebasoni, dans sa posture de sagesse, nous avait partagée, nous la rejoignons pour ajouter : l'homme est plutôt un univers. Arrêtons de parler de la fin de cette thèse sans en évoquer la naissance. Nous avons voulu jeter un regard en arrière, remonter le temps et donner sens à tout ce parcours incertain. Ledit sens n'est rien d'autre que la genèse des questionnements qui nous ont conduite vers cette thèse que nous nous proposons de retracer dans les moindres détails.

2. Genèse de la problématique

Une réflexion autour d'une thématique comme celle-ci ne peut pas s'opérer hors de l'espace réaménagé pour le survivant. Un espace permettant la mise en place d'outils de construction et de co-construction de soi et d'autrui. Un espace offrant l'opportunité d'explorer le moment présent du sujet, un espace permettant de jeter un regard en arrière pour voir d'où l'on vient pour enfin négocier avec soi le chemin qui mène vers l'avenir. Un espace pouvant donner le courage de mettre un pied devant l'autre et de bouger, de revivre malgré tout. Cela suppose de remonter le temps, pour donner place au passé qui ne passe

pas. Ce chemin est-il visible ? Est-il abordable ? Avec quoi, avec quel outil le sujet peut-il entamer ce processus de négociation ? La réponse à ces questions ne ferait que nous renvoyer à l'histoire de l'humanité qui a été depuis la nuit des temps caractérisée par différentes formes de violence : guerres civiles, génocides anéantissants, laissant paradoxalement des vides et des traces dans le sujet tout en le transformant en un autre totalement différent de celui qu'il était.

La problématique de la présente recherche-action qui sera définie dans le premier chapitre trouve son origine dans les questionnements qui se sont construits en nous au fil des années dans l'exercice de notre métier de psychologue clinicienne, respectivement à l'hôpital neuropsychiatrique de Ndera à Kigali et dans une clinique ambulatoire de WE-ACTx, auprès d'enfants infectés et affectés du VIH et de malades du sida, et de leurs familles. C'est d'ailleurs de la combinaison des observations issues dans ces deux institutions et des séances d'intervention pendant la Semaine Nationale de Commémoration du Génocide, qu'émane l'idée de nous engager dans cette longue réflexion. Sa construction fut nourrie implicitement et/ou explicitement par les rencontres que nous avons évoquées ci-dessus.

Euvrant auprès d'une population de personnes présentant des souffrances extrêmes diverses, novice dans ce métier que nous sommes, nous avons toujours voulu être disponible. Cette disponibilité a été, pour nous, l'occasion de voir, d'observer, de constater, d'analyser, de critiquer, de nous questionner, de questionner nos aînés dans ce métier. Des réponses, certes partielles, mais déjà utiles, nous sont parvenues et, de chaque réponse, émergeaient d'autres questions auxquelles nous essayions à notre façon de trouver réponse, toujours dans le seul souci de soulager. Arrivée à la fin de la thèse, nous réalisons que c'est autour de ces questions que se structure et s'articule la problématique de la présente recherche-action. Les tentatives de réponses recueillies constituent la trame de l'histoire qui a débouché sur le présent engagement de recherche-action.

En 2005, nous retournons de nouveau à l'HNP-CN, non pas comme stagiaire, cette fois-ci comme jeune psychologue clinicienne qui commence à pratiquer. Comme dit plus haut, le seul souci est celui de soulager. Dans le chaos des souffrances polymorphes que l'on rencontre à l'hôpital neuropsychiatrique, nous devons délimiter, cadrer certaines choses pour pouvoir soulager efficacement. C'est le cas de l'enfant MD qui va nous imposer de faire ce choix. Ce fut la première pierre posée dans l'élaboration de cette thèse, quant au dispositif groupal dans lequel nous avons co-construit toute notre action. Qu'est ce qui est étrange chez ce jeune MD ?

3. Un enfant, mais aussi un homme

Aujourd'hui c'est jeudi². Il est 15 heures quasiment précises. Une partie de l'équipe soignante a accompagné les cas sociaux qui sont sortis de l'hôpital, une autre est active pour accompagner les patients dans les activités d'ergothérapie organisées ce jour-là. C'est calme dans l'unité des hommes « améliorés ». L'idée nous vient de nous approcher d'un garçon de 14 ans à l'époque. Les soignants le connaissaient comme enfant, mais différent des autres. La preuve en est qu'il était hospitalisé dans l'unité des hommes alors que cet hôpital dispose d'une unité des enfants et adolescents. Le garçon est assis tout seul, dans un coin de la cour de l'unité des hommes dits « améliorés », à l'hôpital neuropsychiatrique de Ndera, à Kigali. Ce garçon nous a interpellée, sans aucun mot, mais par son isolement, et par la position corporelle qu'il avait adoptée. Il avait refusé de participer aux activités d'ergothérapie prévues ce jour-là, à cette heure où tous les autres patients hospitalisés y venaient. Il est assis par terre, la tête baissée et entre les jambes. Nous nous approchons de lui, avec une boîte de jeux de cartes.

Nous l'appelons par son nom et son prénom : « MD, je suis seule aussi. Est-ce qu'on peut se mettre ensemble pour jouer aux cartes ? » Levant la tête, avec un sourire à peine perceptible, il dit « oui. » Le jeu durera longtemps, sans aucune partie gagnée. Le dialogue sera axé sur son vécu. Le jeu de cartes n'était qu'une porte d'entrée. Nous voulions l'entendre s'exprimer. Il n'avait que 14 ans, l'âge de vivre et de jouir de son âge d'enfant au début de l'adolescence, mais le voilà déjà hospitalisé dans l'unité des hommes. Autant il n'était pas encore adulte, autant il n'était plus un enfant. Mais qu'est-ce qui avait volé son enfance ? Longtemps la question est restée ouverte. Une heure durant de jeu de cartes avec MD, nous avons appris plusieurs choses sur lui et sur ses amis qui étaient sortis de l'hôpital sur avis médical. Il les avait énumérés, par leurs noms, puis il décida de me dire : « Tu connais A, B, C, D, ... ? On partageait paisiblement, 'notre vrai médicament' et ils viennent de rentrer et je ne reste que tout seul dans 'cette prison'³ ».

Explorant ce qu'il appelle « son vrai médicament », nous découvrirons qu'il faisait allusion aux merveilleux moments de consommation de drogues, à la recherche de plaisirs insolites que son équipe avait l'habitude d'appeler aussi « anesthésie », de toute douleur morale et physique (Uwineza, 2008a). Nous apprendrons également que MD avait trouvé non seulement un soulagement dans le produit, mais aussi et surtout dans le groupe où il s'était réfugié, suite au mal éprouvé dans la vie familiale post-génocide. Le jeu de cartes avait donné à MD le temps de trouver un tiers écoutant en son adversaire. Mais qu'est-ce qui avait donc volé l'enfance à MD ? C'est bien ce qui se camoufle derrière le plaisir insolite du stupéfiant que nous présentons ci-dessous.

² Le jeudi est le jour connu à l'hôpital neuro psychiatrique de Ndera pour les activités particulières programmées de retours à la maison pour les patients jugés par l'équipe soignante améliorés et capables de regagner leur famille pour la réintégration sociale.

³ Pour dire qu'il est enfermé dans l'hôpital psychiatrique.

4. L'arrière-plan du plaisir insolite du stupéfiant

A la maison, chez lui, le garçon ne s'entend pas bien avec sa mère ; à l'hôpital, les soignants manquent de place pour cet enfant, « *pas comme les autres, un homme* ». Ce paradoxe, avec les réalités qui le constituent, a complexifié le cadre de sa prise en charge. Il tape, il casse, à toute tentative de liens le jeune MD répond par le mépris. Cela évoque l'idée avancée par Kammerer (2000, p. 47) selon laquelle la violence est à considérer comme une réponse à la défaillance des premiers liens, sans y voir pour autant une relation de cause à effet. Ce qui faisait l'objet de nos réflexions, c'était toujours de chercher ce qui pouvait répondre à notre souci de soulager. Nous trouvions que MD ne se retrouvait pas en famille comme dans un lieu d'appartenance ; à l'hôpital, ce jeune se trouvait dans un cadre qui ne pouvait lui accorder une place ni parmi les enfants, ni parmi les adolescents. L'équipe soignante avait réussi à lui trouver une alternative, en lui offrant une place parmi les hommes. Était-ce une décision visant à entamer le chemin pour l'aider à trouver réponse aux questions qu'il se posait ? Certainement pas. Ce n'était que pour protéger sa génération. Pour lui, on attendait que son état d'euphorie cède complètement la place au calme pour qu'il puisse regagner sa famille où il était considéré aussi comme enfant pas comme les autres, ce qui faisait qu'elle se précipitait à son tour pour le ramener à l'hôpital.

Y aurait-il un cadre qui pourrait permettre de dialoguer avec MD ? Nous nous sommes toujours demandé pourquoi cet enfant ne pouvait plus retourner à l'école. Même si la résistance qu'il opposait à toute tentative de faire des liens avec lui repoussait le tiers, surtout dans les débuts, nous affirmons qu'en procédant autrement pour construire des liens avec ce jeune et d'autres comme lui pourrait être faisable. Et à partir de là il y a lieu de définir un cadre pour tenter de reconstruire un autre lieu de vie, après « l'effondrement de son environnement relationnel naturel, et qui se défend du risque de son effondrement interne par le recours aux actes violents, aux conduites toxicomaniaques, aux comportements suicidaires... » (Kammerer, 2000, p. 83). Au bout de cette thèse, nous affirmons que la méthodologie bricolée pour co-construire le dispositif que nous avons co-construit prend naissance dans les questions que ce jeune posait et qui nous ont incitée à en poser d'autres.

Un moment avec lui, au coin de la cour, non pas pour « s'entretenir » mais pour « jouer », serait peut-être un début de liens créatifs. Tout au long de ce jeu, dont la première partie n'a jamais vraiment été jusqu'au bout, nous finirons par apprendre que notre « adversaire » avait perdu son père et ses grands-parents pendant le génocide. Il avait à peine 3 ans. La vie post-génocide l'avait fait virer vers l'abus de substances psychoactives. Il associait son mode de vie au fait que sa mère faisait entrer des hommes, « *pour tenter de refaire sa vie* ». Là, nous reprenons les mots de sa mère. Nous avons alors compris, par cette relation dyadique, que chacun de son côté essayait de réaménager sa vie présente pour tenter de se procurer un confort psychique. Pour la mère, c'était en cherchant quelqu'un avec qui elle pourrait s'unir en vue de mener une vie de couple, « *pour sa survie et la survie de ses enfants*. » Pour le fils, c'était suite à la révolte contre ces mouvements de va-et-vient des hommes qui occupaient la place de son père, dont il ne se rappelle même pas le visage. Le voilà donc qui prend la décision de s'accrocher ailleurs, en l'occurrence dans la drogue,

pour au moins s'émerveiller dans « l'anesthésie » du plaisir insolite que procure le produit consommé.

MD nous avait un peu parlé de ses camarades ; ils avaient quelques points communs dans leur parcours de vie : survivants du génocide ou de guerres, présence du VIH et/ou du sida dans la famille, conflits intrafamiliaux axés ou non sur cette maladie ou sur le fonctionnement du système familial en général, comportements sexuels à haut risque après consommation du produit, avec pour effet la propagation du VIH, etc. MD nous a fait savoir que certains de ses camarades agissent ainsi pour anticiper la prévention des crises émotionnelles pendant la période des commémorations, lui y compris ; d'autres le font pour supporter le désarroi de se retrouver responsables, chefs de ménage étant encore mineurs, ou bien pour continuer à vivre malgré le statut sérologique qui fait penser à la mort. C'est du moins ce qu'a prouvé notre travail de recherche antérieur qui précède cette thèse (Uwineza, 2008a).

Revenant sur notre démarche incertaine qui nous conduisit à la problématique de cette thèse, MD nous témoigne qu'au milieu du monde des patients, hommes, femmes, enfants et adolescents, dans ledit hôpital, la solitude et l'enfermement pèsent lourdement sur lui. Il a tellement besoin d'en sortir et il en témoigne : « *les autres sont sortis...* ». Dans cet appel et cette énumération de ses pairs qui se rencontraient pour leur « *vrai médicament* », faut-il voir une demande de groupement des solitudes pour en faire de la solidarité ? Nous en avons l'impression. La création psychique qui s'était organisée dans la rencontre de ces jeunes avec ces autres qu'il énumère devrait poursuivre, et cela ne pouvait pas se reproduire sans lui accorder un espace et un groupement avec d'autres. Cette logique a été soulignée par plusieurs auteurs intéressés par la psychanalyse de groupe. « Il y a une création psychique propre aux groupes, des entités psychiques qui ne se produisent pas sans le groupement » (Kaës, 2005, p. 10). Cela veut dire que MD avait besoin de l'autre, pour qu'il y ait une autre réalité psychique pouvant lui accorder un espace où il puisse parler et être écouté.

5. Avec l'autre comme soi, création du chez soi.

Pendant le jeu de cartes, nous nous questionnons. Qu'est-ce qui fait que ce garçon se sente tout seul, dans un hôpital qu'il compare à une prison qui est donc forcément peuplée ? Il y a des jeunes qui viennent de quitter l'hôpital, mais il ne reste pas seul, tout compte fait. Cependant, après les bribes de son histoire, il n'arrête de nous répéter : « *Les autres sont rentrés, je reste tout seul dans 'cette prison'* », nous en déduisons qu'il se sent seul et qu'il a besoin d'être ensemble avec un autre comme lui pour parler dans le langage qui leur est propre. C'est de là que naîtra l'idée de créer un groupe homogène de jeunes consommateurs de drogue. Quelques jours plus tard, dans le même coin de la cour, nous échangeons avec un collègue infirmier psychiatrique qui s'était spécialisé en Belgique dans ce domaine, nous avons mis en place un groupe de parole pour eux. Ils forment une véritable société, une langue à elle se met en place, du moins un état de langue propre à ce petit groupe qui s'organise en une famille. Ils s'expriment donc dans leur langage, véritable vecteur de leur

nouvelle identité, tant on remarque que la langue n'est pas seulement instrument de communication, mais aussi un miroir pour voir le monde, pourquoi pas un milieu de vie où l'on se sent chez soi. C'est par leur langue, et par là presque uniquement, que passe la gravité de la souffrance de ces enfants qui s'émerveillent dans le malheur anesthésique du stupéfiant. Le groupe de parole uniquement conçu pour ces jeunes fut initié pour tenter leur reconstruction. Il faut se rendre à l'évidence : leur courage, et leur unité dans l'accomplissement d'une tâche, sont des facultés dont ils disposent. Ce que nous avons appris là nous a poussée à la création de groupes de soutien pour d'autres cas.

La somme d'informations que ces jeunes ayant un problème commun fournissaient nous ont inspiré de proposer un examen sérologique pour les membres du groupe qui le voulaient, voire pour tous les cas ayant connu l'expérience de la violence sexuelle, ce qui a été fait pour ceux qui y marquaient leur accord. Cette idée a été nourrie et enrichie par les propos et par la trajectoire de la vie de MD qui évoquent le risque d'infection au VIH/SIDA et/ou autres maladies sexuellement transmissibles. Ci-dessous ses propos qui reflètent sa position catégorique par rapport à tout dispositif thérapeutique proposé pour lui.

[En haussant la tête comme geste d'être sûr de soi, la main dans la poche de son pantalon]: *Même le Sida n'est pas un problème pour moi ! J'ai trouvé un médicament pour n'importe quelle souffrance. [...], nous faisons tous le sexe après la dose du soir, comme ça le sommeil s'ensuit. Je n'en ai pas peur, car je sais comment me trouver le support (igiporezo⁴) à la maison ou n'importe où».*

En posant un regard en arrière, nous nous disons que le groupe de ces jeunes existait déjà. Ils se connaissaient, ils avaient quelque chose de commun qui pousse l'un à aller vers l'autre. Ce que nous avons fait, ce n'est que reconnaître son existence et entreprendre les actions en vue de négocier avec eux pour voir ce qui convient le mieux comme dispositif de prise en charge.

Au cours de l'été 2006, les circonstances nous ont fait quitter l'Hôpital Neuro-Psychiatrique de Ndera (HNP-CN) à Kigali pour aller travailler dans une clinique ambulatoire de WE-ACTx (*Womens's Equity in Access to Care and Treatment*), clinique qui s'occupe de personnes vivant avec le VIH/sida. Nos pratiques cliniques s'adressaient aux enfants infectés du VIH/Sida et à leurs familles. C'était bien le volet nommé tout au commencement *The family program* que nous coordonnions, devenu actuellement *The Integrated Mental Health Services*. L'idée-mère de travailler en groupe que nous avons acquise depuis l'HNP-CN à partir de MD s'est avérée encore une fois impérative. C'était toujours le souci de soulager qui nous animait. Nous n'arrêtons pas de nous interroger sur la question : « Qu'est-ce qu'on peut faire et comment procéder pour mieux soulager? » Les raisons qui plaçaient les soignants dans l'impossibilité de trouver des réponses étaient nombreuses. Pour ce qui nous concerne présentement face à cette nouvelle institution, nous avons affaire à l'échelle de la famille alors qu'au Rwanda la déchirure du tissu social provoqué par la guerre et le génocide avait miné la famille, aussi bien restreinte qu'élargie.

⁴ Terme utilisé uniquement par les jeunes Rwandais abusant de drogues, surtout du chanvre, pour désigner la quantité de nourriture qu'ils doivent prendre après la prise du produit qui « crée un énorme appétit » disaient-ils.

Avec notre souci de soulager, devant l'impossibilité des réponses adéquates, nous n'arrêtons pas de poser la même question aux personnes plus expérimentées. « En l'absence de réponses, on essaie de poser d'autres questions », disait souvent Munyandamutsa. Il y revint particulièrement lors des trois demi-journées de réflexion portant sur « Traumatismes psychosociaux, recherches et pratiques cliniques impliquées : possibilités et limites. »⁵

6. Une réalité multiface

Les différentes figures de souffrance rencontrées dans les cliniques de WE-ACTx renforçaient nos questionnements. Même si le travail de mémoire de maîtrise (Uwineza, 2008a) que nous avons fait autour des jeunes ne visait pas nécessairement à évaluer les effets bénéfiques de ces rencontres groupales, nous en avons tiré une leçon qui fut le pilier de notre travail clinique. C'est de ce pilier dont nous nous sommes servie pour les nouvelles responsabilités qui nous ont été confiées au sein de WE-ACTx. Cette leçon est que les personnes qui ont un problème commun se cherchent les unes les autres et ont besoin d'être ensemble, surtout lorsque l'objet libidinal qui les unit est lié à un fond de souffrance. (Godard, Munyandamutsa, Mutarabayire-Schafer, & Rutembesa, 2012 ; Mujawayo & Souâd, 2011 ; Chapelier, 2011 ; Kaës, 1993).

Inspirée par les récriminations du cas de MD à l'HNP-CN, arrivée dans la clinique de WE-ACTx, nous avons encore une fois remarqué le même besoin dans la salle d'attente. Les femmes qui se reconnaissaient bien, se retiraient des autres et se mettaient dans un coin, murmuraient mutuellement dans l'oreille l'une de l'autre à propos de ce qui les concerne. De notre côté, parmi les tâches que nous avions dans ces nouvelles responsabilités, un des devoirs qui nous incombait était celui de trouver un cadre pour communiquer aux enfants les résultats de leur statut sérologique et les accompagner pour qu'ils arrivent à intégrer ce statut. Des questionnements intrusifs traversaient nos pensées à tout moment : « Par où vais-je commencer ? Comment introduire un dialogue autour de ce sujet ? Qui suis-je pour être à la hauteur ? Quel pouvoir détient le psychologue, en plus novice dans le métier, que les autres membres de l'équipe soignante ne possèdent pas ? Comment annoncer le statut sérologique positif à des enfants qui d'habitude s'épanouissent à travers divers jeux, malgré la précarité psycho-sociale dans laquelle vivent les familles qui les abritent ? Quel pourrait être le cadre adéquat pour ne pas bouleverser cette sérénité ? »

Des tentatives de solutions à toutes ces questions ont été mises en place par essais et erreurs. Le souhait était d'essayer d'amortir le coup de l'information, afin que le psychisme de l'individu qui la reçoit ne soit pas trop anéanti. Les réunions régulières avec les membres de l'équipe psycho-sociale, certains propos des enfants, d'autres des parents que nous avons rencontrés, ainsi que ceux des autres membres de l'équipe soignante, ont témoigné de ce que la gestion des retentissements de l'infection au VIH n'est pas une affaire individuelle. L'implication de la famille, le travail en équipe pluridisciplinaire dont les membres

⁵ Organisée à Louvain-la-Neuve du 24 au 25 avril 2015.

fonctionnent « comme les doigts d'une seule main », comme nous le disait la pédopsychiatre à l'Hôpital Universitaire Saint-Pierre à Bruxelles, sont impératifs. Ces propos retenus à l'époque nous poussaient à nous poser la question de savoir ce que l'on peut faire et comment procéder pour mieux soulager ? Alors qu'à l'hôpital le sujet était le jeune abusant des substances psychoactives, au sein de WE-ACTx le sujet ciblé était l'enfant et sa famille, en l'occurrence sa mère, figure la plus présente dans l'éducation des jeunes au Rwanda post-génocide. La même question qui tourne autour du souci de mieux soulager commence à se clarifier : « mieux soulager » suppose de retisser les liens disloqués entre la mère et l'enfant. Tisser ces liens suppose de construire un cadre, c'est-à-dire de développer un dispositif particulier et solide où l'on peut tenter de réagir autour de ces propos recueillis à l'époque :

Pour quoi m'as-tu infecté ? Tu ne m'aimes pas, pourquoi moi seul ? Pourquoi moi seul avec toi ici ? Pourquoi papa ne vient-il pas ? (Un garçon de 7 ans dit cela à sa mère lors de l'entretien qui a suivi l'annonce faite par la mère elle-même ; malgré le poids du secret qui règne à l'intérieur des murs infranchissables du système familial vis-à-vis de la maladie que chacun des membres majeurs garde pour soi, le petit veut aussi savoir.)

Je ne suis pas malade. Je ne vais pas prendre le médicament. Pourquoi m'amener ici alors que je ne suis pas malade ? Moi je préfère aller à l'école au lieu de venir ici. Je reviendrai peut-être vous saluer et prendre mes biscuits. Gardez-les pour moi. (Avec un sourire franc, nous dit une fille de 8 ans, très joyeuse, ayant de bonnes perspectives pour son avenir. Convaincue qu'elle va obtenir une récompense que la première dame offre aux enfants filles qui ont une bonne note à l'école, elle fit un croquis rapide d'une maison, et y marqua son prénom et ajouta : « Quand je serais grande, je vais construire une belle maison. Madame Jeannette Kagame va me donner de l'argent et un ordinateur », a précisé Rebecca sur son croquis dans sa propre langue.)

Je n'y retournerai plus (à l'école). La maman chez qui je vis veut que je reste avec ses enfants à la maison. Et à l'école, les autres me haïssent parce que j'ai le sida. Ils ne m'intègrent pas dans les jeux et refusent de manger avec moi. (Celle-là est âgée de 12 ans. Elle connaît déjà son statut sérologique. Elle ne veut plus aller à l'école, mais en même temps, en famille, « la vie n'est pas la vie ». Sur le ton de désespoir : *Est-il nécessaire de prendre les médicaments pour une maladie comme celle-ci ?*, nous a demandé la jeune fille lors de l'entretien axé sur l'adhérence aux traitements antirétroviraux. Elle nous répéta ce que la mère de la famille d'accueil lui disait souvent : « Va dire à tes soignants que nous ne sommes plus capables de te nourrir » ; « Va dire aux autorités locales que nous n'avons plus d'espace où te loger ». « Sais-tu que la vie est chère ? Tu oses demander les frais de transport pour aller te faire soigner pour une maladie qui ne guérit même pas ! ». Ensuite, elle relève sa blouse pour nous montrer son dos sans aucun autre mot de plus, la question restant en nous pour ce qu'elle nous partage de son expérience à travers ce geste accompagné d'un silence absolu.

Je ne sais pas dans quel contexte j'ai eu ce mal. Même ma mère ne m'a rien dit. Ce qui est important pour moi, c'est de ne pas me surcharger pour rien, en faisant des études, en prenant des médicaments avec toutes ces conséquences sur ma peau. [...] C'est la même chose ! Au lieu de mourir fatiguée, je mourrai dans des bonnes conditions, disait avec méfiance la fille de 16 ans à tous les soignants qui osaient la stimuler pour observer le traitement et les rendez-vous médicaux. Elle a refusé catégoriquement les séances psychothérapeutiques. Elle a fini par avoir un bébé, malgré son âge.

Est-ce qu'on peut aimer une fille avec le virus du sida ? La seule chose qui me trouble est que je vais mourir sans mettre au monde au moins un seul enfant qui va hériter de nos biens. Je ne sais quoi faire avec toutes ces brousses qui m'appartiennent, nous a confié un jeune de 18 ans survivant du génocide qui ne sait pas comment il fut infecté et qui se questionne déjà sur la possibilité de mettre un enfant au monde, étant infectée par le VIH&sida.

Aurais-tu un moment pour moi, particulièrement les samedis ? Et le médecin ? Le Laborantin ? Non... c'est trop de démarches, ma vie est déjà paralysée, je ne vais pas aussi vous paralyser. Je vais essayer de trouver un moment après les heures de travail, mais, ... (pensive) mais, est-ce que mon dossier médical ne sera pas vu ? Je veux me protéger, et surtout protéger mon travail. Si non, je vais tout laisser tomber. Que personne ne le sache, si non, ...on peut facilement me renvoyer du travail ou changer mon poste, Mais alors, toutes ces démarches sont trop longues, ça va finir par se manifester...., nous dit une fille-mère de 31 ans.

Ces propos des enfants, adolescents et jeunes adultes nous ont poussée à nous questionner, non seulement sur le dispositif à mettre en place, mais aussi sur la nuée des conceptions anthropologiques et des représentations psycho-sociales qui entourent la prise de connaissance de cette maladie. Pour ce qui est des enfants et des adolescents, ces propos nous ont inspiré de passer par les parents, pour qu'ils fassent eux-mêmes cette annonce, notre tâche revenant à gérer la suite avec la famille en cas de nécessité. Telle fut l'idée partagée avec les autres membres de l'équipe soignante. À part ces propos que ces enfants ont émis, leurs parents, et particulièrement leurs mères, éprouvaient aussi de la souffrance et nécessitaient un accompagnement. Nous le remarquons dans leurs propos lorsqu'elles accompagnaient leurs enfants, ou lors de la visite à la clinique pour les soins médicaux, ou encore pour les examens périodiques au laboratoire. Nous évoquons la souffrance des mères car c'est avec elles que nous avons travaillé le plus pour les enfants. Les pères ont été réticents, assez sourds à notre stimulation.

Comme à l'hôpital Neuro-Psychiatrique de Ndera, auprès des jeunes abusant de substances psycho-actives, l'idée que les personnes qui ont des problèmes communs ont besoin d'être ensemble pour en parler nous est revenue. En plus, il s'est révélé qu'un grand nombre des patients, jeunes et adultes, manifestent des troubles psychologiques divers, 58% de PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) et 81% de dépression (Cohen et al. 2009). Ainsi, vu le nombre insuffisant de personnel, l'approche individuelle ne pouvait pas répondre à toutes les demandes d'accompagnement psychologique, sans compter ceux/celles qui

n'osent pas formuler de demande. Ainsi cette nouvelle stratégie de regrouper les patients ayant le même problème dans leur propre espace de dialogue nous paraissait bénéfique (Uwineza, 2007). Nous l'avons mis en place avec l'idée qu'elle pourrait faciliter la tâche, du fait que non seulement elle implique tous les participants, mais aussi et surtout que la question est abordée dans un contexte socio-culturel. C'était d'ailleurs le moyen le plus sûr dont nous disposions : utiliser les potentialités dont disposent les personnes que nous avons à accompagner. C'est ainsi que nous nous sommes servie des patients eux-mêmes en nous appuyant sur la solidarité que le bagage culturel leur a léguée (Uwineza & Brackelaire, 2014). Mais en même temps d'autres idées émergèrent et furent discutées en équipe pour les modalités de mise en pratique. Il y avait aussi un grand travail à faire entre les soignants pour que cela puisse se réaliser avec succès. Les propos de l'un des membres de l'équipe soignante soulignent l'étendue du travail qui devait se faire aussi au niveau des membres qui composent l'équipe soignante pour qu'ils fonctionnent comme « les doigts d'une seule main ». « [...] *C'est normal qu'elle soit dépressive. Elle est veuve, Elle vit avec le VIH/sida. Elle a déjà commencé les ARVs, on verra la suite au prochain rendez-vous* », nous a dit un des soignants. Lors de l'échange autour du cas d'une mère qui affichait d'autres souffrances psychologiques et qui n'était pas encore sous antirétroviral (ARV), nous émettons l'idée de ne pas attendre 6 mois pour le prochain rendez-vous de contrôle, ce qui est prescrit légalement pour les mères qui ne sont pas encore sous ARV, alors que les personnes sous ARV sont vues tous les mois. On dirait que le VIH se présente comme un mur séparateur faisant oublier toute chose, créant une cécité chez le soignant, du fait qu'il l'empêche de porter son regard sur les autres secteurs de la vie du sujet que le soma. De cet échange fortuit, qui survint après un constat, émergèrent plusieurs idées quant au modèle de prise en charge qui puisse considérer la personne dans toutes ses dimensions. Elles furent ainsi l'objet de réunions régulières en vue de déterminer les priorités. De notre côté, l'idée d'approfondir notre réflexion autour d'autres aspects psychologiques et/ou psychiatriques que manifestent les personnes qui vivent avec le VIH/sida s'est imposée comme une priorité pouvant orienter la mise en place d'autres actions (Uwineza, 2008b).

- Procéder par le groupe de soutien des adultes pourrait reconsolider le tissu social pour les cas ayant un problème commun : « être VIH/sida positif » ;
- Dialoguer avec l'équipe médicale serait le début d'un travail multidisciplinaire capable de répondre à la demande des gens qui venaient nous voir.
- Les causeries psycho-éducatives dans la salle d'attente avant les consultations médicales seraient une voie pour sensibiliser les personnes qui souffrent d'un malaise qu'ils ignorent. Ce serait en même temps un rappel à l'équipe médicale qui reçoit en premier les personnes en consultation pour qu'elles les orientent éventuellement vers l'équipe psychosociale. Par cette collaboration étroite, les aspects psychologiques et/ou psychiatriques ne seront plus considérés comme des signes normaux avec lesquels les personnes vivant avec le VIH&sida devraient s'habituer de vivre.

Deux objectifs étaient poursuivis :

- Annoncer le diagnostic et accompagner les enfants d'âge scolaire, particulièrement les adolescents.

- Promouvoir une prise en charge bio-psycho-sociale des enfants séropositifs ainsi que leur famille afin de restaurer leur sentiment d'existence pour qu'ils puissent se reconstruire un avenir positif.

Cela étant fait, Cohen, Fabri, et al. (2009) ont examiné la nature de la souffrance des gens qui visitaient les cliniques de WE-ACTx, par le biais d'une étude quantitative ; celle-ci montre que pour 850 cas interviewés, le PTSD était d'une prévalence de 58% chez les femmes séropositives. Chez les mêmes femmes, il y a une forte prévalence de dépression, 81%. L'étude précise que, parmi les facteurs prédictifs de ce surcroît de prévalence du PTSD, ce sont les événements traumatiques liés au génocide ; quant à la dépression, l'expérience de viol est le facteur ciblé pour accroître les symptômes dépressifs. L'observation personnelle des visages dépressifs dans la salle d'attente ou lorsque les personnes sortent de la consultation médicale, que nous avons tenté de considérer de manière qualitative (Uwineza, 2008b), ainsi que les demandes multiples ne nous ont pas permis de nous limiter aux fonctions d'annonce et d'adhérence au traitement. Nous n'avons même pas pu nous limiter aux enfants et leurs familles comme c'était l'idée de départ. Le dispositif accueillait toute personne en souffrance qui s'adressait à nous. Le seul souci que nous avions à l'époque était simplement celui de soulager. Ainsi, la création des groupes de soutien a été un moyen aussi bien thérapeutique qu'instructif. C'est de ces groupes que nous avons pu constater que le fait d'avoir le VIH/sida comme problème commun fait qu'il y a une cohésion induisant un dialogue profond, même sur les points les plus intimes (Uwineza, 2007). Une autre étude faite par une étudiante diplômée de l'école de santé publique de Brown University aux USA a effectué une évaluation des groupes de soutien quant à leur contribution pour l'adhérence au traitement antirétroviral et à l'augmentation du taux de CD4. Elle a constaté que, parmi 157 femmes qui participaient régulièrement aux groupes de soutien, 90% témoignent avoir fait part de leur statut sérologique à leur conjoint(e) et/ou à leurs enfants et que 50% adhèrent au traitement antirétroviral. La recherche montre que 89% témoignent d'une diminution des sentiments de tristesse et qu'elles ont pu sortir de l'isolement (Cohen, 2010).

7. Et l'« enfant »

Dans cet itinéraire incertain que nous avons évoqué, celui d'avant la thèse, et même pendant la thèse, les choses demeurent ainsi : les enfants posent des questions et poussent les mères à aborder des secrets inabordables. Ils veulent tout savoir, et vite. Comment allons-nous entrer en contact avec eux ? À partir du tout-venant rencontré dans la salle d'attente, les survivants, surtout les mères, parlent de leur enfant ou de l'enfant de tout le monde dont elles s'occupent (Uwineza et Brackelaire, 2014) et c'est de cette manière que nous arrivons à prendre conscience des difficultés propres aux enfants et à pouvoir les rencontrer. Nous les croisons donc lors du travail fait avec la mère ; mue par la responsabilité qu'elle a envers l'enfant, elle nous suggère de lui accorder aussi un espace. Voilà l'origine de l'espace Chez-nous, où l'enfant trouve l'occasion de poser des questions et de réfléchir sur ce qui peut faire élément de réponse.

8. Qu'en est-il du survivant ?

De quel survivant s'agit-il ? À quoi a-t-il survécu ? Ces questions nous poussent à amorcer anticipativement la partie du contexte qui sera l'objet de longs développements dans le premier chapitre de notre thèse. Il s'agit du contexte génocidaire. Pour commencer, rappelons que le Rwanda a été le théâtre d'actes sanglants, de tortures qui ont débouché sur une violence extrême, systématisée, organisée contre une partie de la population. Jamais dans l'histoire du Rwanda on a connu une menace aussi généralisée que le génocide perpétré contre les Tutsi. Son intensité extrême a emporté environ un million de gens. Son extrême férocité témoigne de la perte d'humanité, de la destruction du patrimoine culturel que les Rwandais avaient appris auprès des grands-parents, frères et sœurs, personnes âgées, sages de la colline (Kimonyo, 2008 ; Munyandamutsa, 2001, De Vulpian, 2004). Au contraire, pendant la période de ce drame, l'impensable a été mise en place, le tabou ne l'était plus, l'inédit n'existait plus. Les chiffres, non révéléurs de la réalité que comporte le génocide, ont été publiés par plusieurs auteurs de différents domaines qui se sont penchés sur le Rwanda. Nous les décodons à notre façon, simplement par la volonté de mettre en relief l'atrocité et l'intensité de ce génocide qui a fait disparaître les hommes, les femmes, les bébés, les enfants, les jeunes, même les personnes âgées. Que dire de la cruauté subie en actes et en paroles ? Nous ne relatons pas cette réalité dans toutes ses dimensions. Nous soulignons simplement que, pendant ce génocide, de multiples viols et violences sexuels ont été commis et, en conséquence, le VIH/sida s'est répandu pour complexifier le quotidien du survivant dans l'après génocide.

Dans les situations normales, une femme, surtout quand elle est déjà mère, ne méritait que le respect, la dignité, pour avoir donné la vie à l'enfant. Cependant, durant tout le temps de « l'anormalité » pendant cette époque troublée, « bénie pour les uns, maudite pour les autres, indifférente à aucun », selon les termes empruntés à Maurice Dayan⁶. Le contraire de ce qu'elle méritait lui est arrivé. La mère fut déshabillée, insultée, violée au grand jour, infectée d'une maladie qui la condamne au silence et qui pousse l'autre à l'isoler. Malgré les services de prise en charge que l'on essaie de multiplier dans la mesure du possible, les données cliniques nous témoignent que, jusqu'à l'heure actuelle, les plaies morales des survivants, celles de la nation rwandaise violée dans son intimité, dans son histoire, dans son identité, ne se sont pas encore cicatrisées.

L'expérience professionnelle auprès des personnes en souffrance psychique nous a révélé une autre réalité hors du commun, celle du survivant qui, outre les actes génocidaires subis, est aussi porteur du VIH/sida induit intentionnellement dans le contexte de ce génocide. Tout au long de cette expérience, nous avons cotoyé des mères, des enfants, adolescents et jeunes adultes, confrontés aux actes de viol, d'abus sexuel, de violence physique et psychologique qui nous placent à l'interface du thérapeutique et du juridique. La question que ces situations singulières font émerger est celle de savoir comment on peut ouvrir des espaces sécurisants pour libérer les victimes de la honte imposée (Uwineza,

⁶ Dans la préface de l'ouvrage de Piera Aulagnier (1986). *Un interprète en quête de sens*. Paris, Ed. Lamsy

Brackelaire, & Masson, 2014). Les particularités de la souffrance qu'affiche la mère qui a connu l'infection au VIH/sida dans le contexte du génocide renforce notre questionnement quant au dispositif qui peut tenter d'entamer leur reconstruction psychique. Fatiguée de rester toujours silencieuse devant les pourquoi, les quand et les comment de ses enfants, alors qu'elle leur doit la vérité, elle ne fait que persévérer dans le silence, de crainte de transmettre l'intransmissible.

La voici avec « *des secrets à garder jusqu'à la mort* », alors que le devoir de la transmission et le droit de l'enfant de connaître la vérité sur l'héritage traumatique la hantent à jamais. De quoi peuvent-elles témoigner dans un tel contexte si ce n'est que de la perte de la vie d'avant l'horreur génocidaire, des problèmes du présent et des difficultés d'envisager l'avenir dans l'après-génocide ? La recherche-action proposée ici cherche à éclairer les dimensions de cette question qui peuvent se résumer en fin de compte dans le vécu psychologique du survivant traumatisé par le génocide et retraumatisé par l'infection du VIH/sida. En quoi consiste ce vécu ? Qu'est-ce qui fait l'objet de sa souffrance psychologique dans son quotidien ? Quel est le sens de la vie et quelle est la place de la mort chez le survivant infecté par VIH/sida ? Comment la société conçoit-elle cette souffrance ? Et en rapport avec cette conception anthropologique communément partagée, où résideraient malgré tout la force et l'énergie pour une tentative de reconstruction ? Comment nous, les soignants, percevons-nous cette souffrance ? Que pouvons-nous faire ? Que devons-nous faire ? Est-il trop tôt, trop tard ou grand temps d'intervenir différemment ? Autrement dit, quel est le dispositif qui permettrait de répondre fructueusement aux questions que le survivant doublement traumatisé nous soumet explicitement voire implicitement par son silence ? Comment soulager les souffrances issues de ces traumatismes superposés que la victime camoufle dans son silence sous le sceau de secrets qu'elle estime contenant et protecteurs pour la jeune génération ? Sur quelles balises culturelles peut-on s'appuyer pour s'engager dans la tâche de la reconstruction alors que l'« anti-culturel » (Munyandamutsa, 2014 Kimonyo, 2008; Wantraiter, 2003) qu'est le génocide a tout détruit et/ou placé hors usage ?

Avec ces questions que nous nous posons déjà devant chaque cas, chaque situation rencontrée, dans l'exercice de notre métier de psychologue clinicienne, avec les tentatives de réponse qu'avec l'équipe nous essayions de bricoler, il est clair que la recherche-action était déjà là, mais latente. C'est donc dans cette situation de questionnement que la providence nous a fait prendre connaissance du Projet Interuniversitaire Ciblé (PIC) qui, à travers le projet « *Élaboration de modèles et de modes d'intervention et de formation en santé mentale appropriés au Rwanda* », voulait aussi répondre à certaines questions qui croisent certainement les nôtres. C'est ainsi que ce croisement avec le PIC a facilité la transformation de notre idée en action. Ce fut une opportunité qui nous a incitée à définir progressivement les objectifs de la recherche et à nous engager dans la recherche de méthodes pour les atteindre.

Cette thèse est donc la mise en structure du cheminement qui date de longtemps, mais que nous essayons de cadrer dans le temps et dans l'espace comme nous le verrons dans la partie méthodologique. Il s'agit de témoigner de l'expérience propre aux personnes qui ont

participé à cette recherche, ainsi que de notre ressenti par rapport à toutes ces situations. Entrer en contact avec elles et surtout arriver au déploiement de leur parole fut un long parcours. La façon de rendre compte des données et des résultats est particulier et nous impose de rédiger la thèse d'une façon qui place le lecteur dans le contexte et l'ambiance du moment. Les interactions, les ressentis des acteurs de terrain, nos interactions avec les collègues avec qui nous avons co-construit ce dispositif sont décrits chronologiquement, dans les moindres détails. L'objectif de s'engager dans une telle tâche est de témoigner de ce cheminement si long, si sinueux mais nécessaire pour explorer les thématiques qui touchent non seulement l'intime du sujet, mais qui fait aussi appel au passé traumatique.

Comment dès lors permettre que l'on aborde les questions qui touchent l'intime après un passé hyper présent ? L'autre est nécessaire, mais dans ce contexte, cet autre est un inconnu et un étranger. Le génocide a détruit les liens, fragilisant ainsi le survivant. Cela suppose donc un cadre sécurisant, incluant l'Autre pour faire un « Nous » et co-crée un « Entre-nous » pour retisser les liens et développer le langage d'accès à la symbolisation (Ruiz Correa, 1998).

9. Que faire ? Quand et comment ?

L'intitulé même de cette thèse évoque certains aspects de la réalité de la violence de l'homme sur l'homme qu'a connue le Rwanda depuis de longues années jusqu'au génocide perpétré contre les Tutsi en 1994. Il donne déjà la réponse de ce que peut être un « cadre sécurisant » issu d'une longue construction à laquelle chacun des acteurs a mis la main. Ce cadre n'est rien d'autre que l'élément que personne n'aimerait perdre. Le « chez nous » et l'« entre nous » : la famille s'y dessine et la filiation symbolique s'y opère, la famille se recompose alors comme le berceau de la vie, où la personne va se récréer et se reconstruire avec l'autre d'une autre génération. La première partie de l'intitulé de cette thèse résume les résultats, la deuxième partie montre quelles actions nous poursuivons dans l'unique objectif : élaborer et proposer un modèle de prise en charge permettant de rencontrer la demande tant implicite qu'explicite des personnes face à la survivance après le génocide et à l'infection au VIH. Cela ne peut se faire sans un préalable de mise en évidence des différentes dimensions du sens de la souffrance psychique du survivant infecté et/ou affecté par le VIH. Cette tâche à son tour impose de construire, progressivement, des actions englobant un dispositif thérapeutique susceptible de répondre efficacement aux réalités observées dans les champs d'intervention. Pour y arriver, la nature même du thème et les objectifs poursuivis nous imposent une méthodologie particulière qui implique activement la personne bénéficiaire pour qu'elle contribue à l'œuvre de création de ce qui lui convient pour sa reconstruction.

L'approche est qualitative et s'inspire des méthodes ethnographiques pour le recueil des données. Ainsi, les deux concepts, ceux de l'Entre-nous et du Chez-nous, qu'elle nous propose comme espaces utiles à la reconstruction, servent de noyau central à cette thèse au point qu'à la fin nous l'intitulons de la sorte. Nous leur avons réservé à chacun séparément un chapitre ; ils constituent l'axe central de cette thèse, ce sont des créations propres des

acteurs de terrain et c'est pourquoi nous leur avons attribué un nom propre : Entre-nous et Chez-nous. Il s'agit en effet pour les personnes qui font l'objet de notre recherche de se réinscrire dans leur appartenance en créant ou retrouvant des liens, notamment intergénérationnels. Cette thèse s'ouvre par une introduction générale qui retrace le parcours professionnel de son auteure et l'émergence des questions rencontrées qui lui ont donné naissance. Elle est constituée de 5 autres chapitres et s'achève par une conclusion générale.

Le premier chapitre consiste à dépeindre le vécu contextuel du survivant au Rwanda. Nous décrivons brièvement l'histoire du Rwanda, son évolution qui a abouti au péril génocidaire. Dans ce chapitre, nous relatons la réalité du survivant dans sa vie quotidienne sur les collines du Rwanda, les efforts, les défis rencontrés sur le chemin de la survivance par rapport à son vécu et au contexte environnemental dans lequel il essaie de se retrouver une place. C'est dans ce même chapitre que nous allons évoquer les contributions des différentes associations locales dans la reconstruction des personnes qui font l'objet de notre recherche-action, en l'occurrence l'Association des Veuves du Génocide, AVEGA-Agahozo, reconnue comme tuteur de la résilience. La contribution de ces associations tient évidemment compte de la ligne tracée par la politique nationale en matière de soins de santé mentale et de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida. Les initiatives propres de cette association quant à la création de ce qui peut contribuer efficacement à la reconstruction psychique de ses membres, surtout sa structure en format de famille, nous ont inspirée, de même que les expériences antérieures, pour aboutir à ce dispositif comme résultat essentiel que cette thèse met à la disposition du public. Précisons dès à présent que même si le VIH/sida nous préoccupe dans cette recherche-action, la population qui fait l'objet de l'étude ne se le représente pas comme une maladie, mais plutôt comme un autre coup, comme un outil utilisé par les génocidaires comme moyen de tuer. Et sa prise de connaissance n'est pour eux que comme un après coup. Nous l'expliquerons largement à travers l'idée de la transmission de l'identité meurtrière qui donne naissance à *un génocide individuel*. C'est ainsi que le volet de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida n'est évoqué que pour témoigner de ce à quoi le survivant a à faire pour se prendre en charge d'une façon intégrale. Cette partie abordera aussi la conception socio-anthropologique de la mère dans les temps d'avant, et ceux d'après génocide au Rwanda. Le souci est de retracer le caractère responsable des mères, qui les incite à se battre, non pas pour elles, mais pour les enfants, comme c'était le cas au Rwanda, et donc à s'engager dans le processus qui mène de la simple survivance à la reconstruction.

Le second chapitre aborde le cadre méthodologique. La nature du thème abordé exige une délicatesse et une éthique particulières et peut expliquer l'écart par rapport à la méthodologie qu'appliquent les chercheurs contemporains. Les méthodes que nous avons tenté de bricoler peuvent faire comprendre que nous prenons du recul par rapport aux méthodes contemporaines, ce qui n'était plutôt qu'un moyen pour approcher les personnes qui font l'objet de notre étude. Le chercheur est là, il ne pose pas de questions, il dialogue dans la culture des personnes, il prend ce qu'on lui offre : méthode que Lebon (2012) a expérimentée, s'est appropriée et qui lui a apporté des données intéressantes. De notre côté,

la preuve en est que toutes les données très riches que nous avons recueillies ne l'ont été que suite à deux questions exposées dans le troisième chapitre. Ces questions ont été précédées quand même par un long moment de tissage de liens dans un espace que nous avons essayé, dans la mesure du possible, de rendre familier au sujet. Signalons aussi que notre méthodologie n'a pas été fixe ; il s'agit d'un processus qui s'est construit progressivement. Nous avons veillé à partager les tâches et à favoriser la négociation qui fait appel à plusieurs démarches : celle d'encourager, de suggérer, et d'inviter.

Conjointement, une telle méthodologie ouvre deux espaces, l'Entre-nous et le Chez-nous, qui constituent respectivement le troisième chapitre dont les résultats proviennent des données cliniques fournies par la mère et le quatrième chapitre qui couvrent les résultats issus des données cliniques fournies par l'enfant et/ou la mère quand elle évoque son enfance ou quand elle parle de l'enfant en elle.

Des résultats issus de ces deux chapitres, nous déduisons une théorie que nous croisons avec la littérature existante pour plus de compréhension des résultats qui se dégagent de la présente recherche-action.

Enfin, la thèse se poursuit par une conclusion générale en vue d'introduire de nouvelles perspectives.

Bienvenue à Entre-nous et Chez-nous, créons ensemble l'Entre-génération

Chapitre I.

Contextualisation

Un mot ne peut avoir un sens que s'il est placé dans un contexte bien précis.

Prof. Jean Damascène Ndayambaje

1.1. Introduction

Dans cette partie du travail, nous voudrions aborder le contexte dans lequel se situe la problématique de notre recherche-action afin de préciser certains éléments qui touchent implicitement ou explicitement les personnes concernées par cette recherche-action, c'est-à-dire la mère survivante du génocide et son enfant. Aborder la dynamique de sa vie en société, relater l'histoire dans laquelle elle a évolué est une façon de créer l'ambiance qui va donner la grille de lecture des données analysées. Dans la partie introductive, nous avons pu montrer l'origine de l'idée d'entreprendre cette recherche et particulièrement celle de l'approche groupale dans laquelle nous nous inscrivons pour entreprendre des stratégies d'intervention auprès de la personne victime du double destin, génocide et VIH/sida. Cette partie contextuelle présente le vécu de la personne au centre de cette recherche-action que nous avons mise en relief dans les troisième et quatrième chapitres.

Au Rwanda, le concept de survivant vient avec le génocide et tend à s'imposer comme une autre sorte d'identité parmi tant d'autres qui s'imposaient au lendemain du génocide, souligne Munyandamutsa lors de l'interview avec la Radio Télévision Belge Francophone (RTBF) au mois de mars 2014, à l'occasion des préparatifs du 20^e anniversaire du génocide perpétré contre les Tutsi du 7 avril au 4 juillet 1994. Jamais dans son histoire, le Rwanda n'avait connu les différents groupes communautaires qu'il a connu dans l'après génocide. Dans tous ces groupes, non seulement chacun dispose d'une sensibilité qui lui est propre selon les malheurs qu'il a connus avant, pendant et après le génocide, mais il y a pour tous un impératif de retrouver la vie. Pour le survivant, il fallait plutôt d'abord retrouver le sens de la vie, surtout qu'ils étaient nombreux à croire que se retrouver en vie était un grand miracle. « Le génocide demeure ; le vide demeure ; le néant occupait tout », disait Mujawayo & Souâd (2011) 11 ans après. Malgré la reconstruction du pays à une vitesse extraordinaire, elle précise le contexte du survivant :

Dans tout ce Rwanda qui se reconstruit et avance, derrière ces murs repeints, le rescapé est encore pris de vertige et ce sentiment ne disparaîtra pas. (...) son temps à lui reste suspendu à ce qu'il a traversé. D'un côté, il assiste et, parfois, participe à une réalité de reconstruction, de l'autre, il porte toujours la sienne, intérieure. » (p. 9)

L'origine d'un tel sentiment est lointaine et s'inscrit dans le contexte du génocide. Pour décrire ce contexte, nous allons nous servir des rapports et recherches antérieurs qui s'y réfèrent. Nous allons aussi nous servir des témoignages des sages du pays qui ont vu, entendu et senti, mais qui n'ont pas pu écrire. Notre expérience antérieure d'exercice du métier de psychologue clinicienne depuis plusieurs années nous servira aussi pour être à leur écoute, ainsi que les informations transmises par des personnes de générations différentes. Cette thèse nous offre l'opportunité de témoigner de ce que le dépositaire de la vérité – nous voulons dire le témoin qu'est la personne qui s'est confiée à nous – nous a témoigné, même avant cette thèse. Telles sont les sources qui vont nous permettre de retracer le contexte duquel émane la problématique de cette recherche-action.

L'an 1994 est connu comme point de repère qui rend le Rwanda paradoxalement célèbre (Hatzfeld, 2003 ; Ricci, 2014), d'une part pour la triste histoire d'un génocide atypique, d'autre part pour la vitesse extraordinaire pour se reconstruire à tout prix (Mujawayo & Souâd, 2011). Au croisement de ce paradoxe est placé le survivant qui doit survivre, en même temps qu'il est appelé à vivre « normalement ». C'est ce que nous voyons tout au long de ce chapitre. Nous le voyons par rapport à son contexte lié effectivement à ce génocide et à la vie d'après qui impose un autre mode de vie. Qu'est-ce qui rend le génocide perpétré contre les Tutsi du Rwanda atypique ? Dans quel contexte s'est-il produit et quel sera celui du survivant au lendemain du génocide ? Quelle reconstruction possible ? Ce sont ces questions qui vont nous guider pour situer notre recherche dans son contexte et y placer sa problématique.

1.2. L'an 1994, « gouffre irreprésentable »

Au Rwanda, rares sont les gens qui peuvent se repérer sans commencer par l'an 1994. Cette année tend à se proclamer comme repère national et à imposer l'oubli de son avant et de son après. Avant, bien avant la trilogie coloniale – colonisateur, missionnaire, commerçant –, le Rwanda existait aussi. Mais, il n'était pas l'objet d'écrits, de débats sans fin comme il l'est devenu aujourd'hui. Le peuple de ce beau pays situé au cœur de l'Afrique centrale disait qu'il était très vaste. C'est d'ailleurs la signification étymologique du mot « u-Rw-anda » qui vient du verbe « *Kwanda* » qui signifie étendre aussi largement que possible. *U Rwanda* signifie dès lors un espace sans horizon, par conséquent sans frontières, comme le disaient les personnes âgées. Pour qualifier quelque chose de grande étendue, on pouvait s'exclamer : « *Tout ça ! C'est tout un Rwanda.* »

Au contraire de ce sens étymologique du mot *u-rwanda* que nous venons d'énoncer, le Rwanda couvre un espace de 26 338 km² dans la région des Grands Lacs. Il partage des frontières avec, au nord l'Ouganda, à l'est la Tanzanie, au sud le Burundi et à l'ouest la République Démocratique du Congo, comme on peut le lire sur cette carte qui montre en même temps l'effort dans la reconstruction du secteur de la santé, par l'extension des hôpitaux de référence et de ceux de district – avec l'idée d'y placer des agents de santé mentale (infirmiers psychiatriques ou psychologues cliniciens) (MINISANTE, 2005).

dit et qui a qualifié l'an 1994 comme « un gouffre » (*icyobo*)⁹. Le terme de gouffre pour désigner le génocide se retrouve même dans les discours des différentes autorités ; ils utilisent aussi le terme d'*inyenga*, pour faire référence au feu qui met tout en cendres (Cliton, 1998)¹⁰. De par son histoire qu'elle nous a confiée et qui contient des éléments indescriptibles, elle a des bonnes raisons de qualifier sa traversée génocidaire de gouffre. Ce sont ces éléments indescriptibles qui vont sans doute rester dans l'ordre du non-dit. Le génocide, comparé à un gouffre, se présente comme un gigantesque crime qui empêche de voir tout son contenu. Le dit, on le retrouve dans les ouvrages ou on l'a entendu dans les médias. Le non-dit constitue la traversée singulière qui a été longtemps enfouie, et par les victimes qui l'ont subie et par les bourreaux qui l'ont infligée, cela en fonction de ce qu'elle contient comme impact traumatique, de secret ou de faits « trop monstrueux pour être crus », comme les qualifierait Primo Levi (2002, p. 11), et en même temps destructeur du psychisme humain qui le garde dans ses zones les plus profondes. Cette traversée peut aussi rester dans l'ordre du non-dit, parce que chez le survivant il rappelle la terreur imposée par le tortionnaire et fait l'objet de honte ou de culpabilité que peut engendrer l'impact traumatique chez la plupart des survivants, comme l'avait évoqué Elie Wiesel après la shoah et Bruno Bettelheim après l'holocauste. Plusieurs récits des survivants du génocide des Tutsi montrent ce genre de culpabilité qui va jusqu'à ne rien dire sur leur vécu (Mujawayo & Souâd, 2004, 2011 ; Mujawayo, 2007 ; Altounian, 2012). En fournissant l'effort de les dépasser, le survivant reste sous le contrôle des paroles menaçantes entendues et du temps qui vient de se passer. C'est ainsi qu'on entend souvent dire :

Quoi dire ? A qui parler ? Qui va me croire ?... Même si nous racontions, on ne nous croira pas. On ne manquera de répliquer à quiconque osera dire la vérité : « où étais-tu depuis tout ce temps ? C'est maintenant que tu te rappelles de dire ça ? » Ainsi on est pris pour fou/folle et on se tait à jamais ou on ne le dit que quand cette folie dépasse, nous a confié un de nos patients

Ces propos résument l'essentiel de ce que nous avons entendu à l'intérieur des quatre murs du setting thérapeutique et dont chaque clinicien, surtout ceux qui accompagnent les personnes ayant connu les expériences de viol, peut témoigner. Un tel silence imposé n'est pas seulement le propre de la situation du Rwanda. De nombreux survivants des horreurs qui se sont passées ailleurs se souviennent, en état d'éveil ou dans leurs rêves, des avertissements cyniques de leurs tortionnaires. Simon Wiesenthal, cité par P. Levi (2002), dans son ouvrage *Les assassins sont parmi nous*, rapporte ce que les S.S.¹¹ disaient :

De quelque façon que cette guerre finisse, nous l'avons déjà gagnée contre vous ; aucun d'entre vous ne restera pour porter témoignage, mais même si quelques-uns en réchappaient, le monde ne les croira pas. Peut-être y aura-t-il des soupçons, des discussions, des recherches faites par des historiens, mais il n'y aura pas de certitudes parce que nous détruirons les preuves en vous détruisant ... (Primo Levi, 2002, p. 11).

⁹ Grand trou sans fond.

¹⁰ <http://www.igihe.com/amakuru/u-rwanda/article/zimwe-mu-nshuti-z-imenza-z-u-rwanda>.

¹¹ Schutzstaffel : une des principales organisations du régime nazi. Fondée en avril 1925 et chargée initialement de la protection rapprochée d'Adolf Hitler, la SS devient au fil des années un État dans l'État, accumulant les compétences et les missions et passant d'un groupuscule à une énorme organisation.

Cette assertion, qui n'est pas différente de ce que nous avons côtoyé dans nos consultations psychologiques, constitue une des motivations qui peut-être nous a poussée inconsciemment à tenter d'approcher la vérité dans la mesure du possible. Elle rejoint ce que les mères survivantes infectées par le VIH/sida, la population qui fait l'objet de notre recherche-action, que nous avons côtoyées dans notre pratique clinique nous confiaient : « *Toi, nous avons décidé de te tuer comme ça. Va-t-en ! Tu mourras après avoir tué un grand nombre de ceux qui viendront vers toi !* » (par contamination).

Si nous nous référons aussi à des témoignages inédits, ce n'est pas par ignorance de la littérature que nous avons aussi explorée. Cependant, notre souci d'approcher la réalité singulière et de valoriser le trésor inédit que contiennent ces témoignages et d'autres sources orales nous pousse inévitablement à avoir aussi recours à la source orale et y attacher une importance, au même niveau que les informations livresques qui, pensons-nous, proviennent des sources orales aussi, et qui, pour certaines peuvent être « négationnistes ». C'est pour nous une façon de rendre « dit » ce qui est resté longtemps « non-dit ».

Le fait d'avoir été à l'écoute de la personne en souffrance nous octroie le crédit de pouvoir contextualiser sa situation. À part cette littérature dichotomique, nous nous permettons aussi de faire références aux sources orales qui ont été à la base de la transmission du savoir des parents à leurs enfants. Nous y trouvons un point de départ de cette étude.

Il était une fois... On disait que les Banyarwanda sont des enfants de Dieu. Antoine Mugesera, le préfacier de Galabert (2012), reprend Muzungu (1974) pour dire que Dieu est le Dieu du peuple rwandais, qui veille sur son peuple préféré, jour et nuit. Les Rwandais croyaient que, même si des responsabilités énormes de leur Dieu l'obligeaient à rester hors du territoire rwandais, il devait rentrer chez lui au Rwanda chaque soir pour veiller sur son peuple. C'est à cette haute protection que les sages rwandais faisaient allusion à travers ce proverbe : « *Imana yirirwa ahandi igataha i Rwanda*, Dieu passe la journée ailleurs et ne revenait qu'à la tombée de la soirée pour passer la nuit au Rwanda ». C'est à ce mythe que certaines personnes se réfèrent pour essayer de se représenter l'irreprésentable, l'exacerbation de la cruauté de l'homme sur l'homme. « *Dieu n'était plus là* », la preuve en est que, selon les plus récentes sources orales, parmi les violences qu'a connues le Rwanda, aucune ne ressemble au génocide fait au Tutsi en 1994. Cela est dit par les personnes âgées qui ne savent ni lire ni écrire. Nous pensons à ce que le film de Chloé Henry-Biabaud, *Les dames de la Colline*, reflète. Aucune littérature parmi les auteurs qui ont abordé la question du génocide perpétré contre les Tutsi n'ignore cette réalité atypique du génocide perpétré contre les Tutsi en 1994. Un des sages survivants de plusieurs épisodes génocidaires, le Professeur Jean Damascène Ndayambaje, nous a rappelé un fait qui a fait que les choses dépassent l'entendement pour ce dernier génocide. « *On a trop transgressé ! On a trop transgressé, on a trop bousculé les limites. Vous aurez de la peine à les remettre à leur*

place. Mais il faut persévérer... » (2011)¹². C'est pour cette raison que les personnes âgées disent dans les sources orales que les Tutsi ont été menacés à plusieurs reprises depuis 1959. Mais le génocide de 1994 n'a aucun point commun avec les menaces précédentes. Pour les violences qui ont précédé le génocide perpétré contre les Tutsi en 1994, on pouvait se rappeler encore de « Kirazira (les interdits) ».

« Avant, il était interdit de... » Les sages rwandais disaient qu'il était interdit de tuer un animal qui se réfugie dans la maison de quelqu'un lors de la chasse. « Kirazira kwica inyamanswa iguhungiyeho », pour dire, littéralement, qu'il est strictement interdit de tuer l'animal qui se réfugie chez toi. À part l'élevage et l'agriculture, une autre activité qui se pratiquait dans le Rwanda ancien était la chasse. Il pouvait arriver un moment où l'animal poursuivi par les chasseurs vienne en courant et trouve par hasard une maison ouverte et s'y réfugie. Selon la culture traditionnelle rwandaise, le propriétaire de la maison n'avait pas le droit de le faire sortir, il avait plutôt le devoir de le nourrir. L'animal pris de peur ne menaçait jamais les gens de la maison. Les chasseurs aussi avaient le devoir de ne plus poursuivre le gibier car il était arrivé dans un endroit sécurisé.

Il était interdit de tuer les femmes et les enfants pendant la guerre, lors de l'extension des frontières du territoire du Rwanda ancien. Comme dans toutes les sociétés, dans les conflits armés, la femme était tenue de rester à l'écart des combats, de rester dans le foyer et de s'occuper des enfants. Malgré cette mise à distance des femmes et des enfants des zones de combats, les conséquences, aussi bien physiques, psychologiques que sociales, leur tombaient aussi dessus dès le retour des guerriers dans leur foyer, en fonction de la victoire ou de la défaite (Thys, 2003).

Il était interdit de déshabiller le neveu/la nièce¹³. Il était interdit de menacer le voisin ou l'étranger. Il était strictement interdit de briser le pacte de sang (*igihango*). Ce dernier consistait en une alliance qui élargissait l'étendue de la famille et était dotée d'un rôle fondamental visant à nouer des liens sociaux entre ces nouveaux membres de la famille nouvellement créée par le pacte de sang. Cette alliance était cimentée par les paroles de promesses qu'il fallait honorer impérativement. La bénédiction était supposée protéger celui qui honore sa promesse ; le malheur qui pouvait se répandre sur celui qui n'honorait pas ce qu'il avait juré de respecter, était immense selon les convictions sociales.

Un des pactes d'amitié était de l'ordre de la responsabilité envers l'autre, telle que l'entraide mutuelle ; cette entraide devait surtout se porter sur les enfants de l'autre. On pouvait par exemple dire, « *Kubw'igihango twagiranye, nipfa uzanderere, umwana wange ntazicirwe n'inzara ku nzira igana iwawe cyangwa ngo abure uko yigira wifite.* » Ce qui veut dire littéralement, « par ce pacte de sang¹⁴, si je meurs que tu songes à mes

¹² Lors de nos échanges autour de la complexité socio-anthropologique que détient le génocide perpétré contre les Tutsi.

¹³ Il est interdit de déshabiller le neveu/la nièce (*Kirazira kwambura umwishywa*). À comprendre dans le sens d'entrer en relation sexuelle avec le neveu ou la nièce, pour le présent exemple. D'autres exemples en raison de l'âge ou des relations sociales peuvent être listés.

¹⁴ Le pacte de sang pouvait même être simplement le pacte d'amitié profonde sans pour autant avoir recours au mélange de sang proprement dit. Avec les progrès de la médecine au Rwanda, la formation et l'information de la

descendants, et qu'aucun de mes enfants ne meure de faim près du chemin qui mène chez toi, et qu'il ne manque de rien alors que tu disposes du nécessaire. » En bref, il était strictement interdit d'ignorer l'ensemble des valeurs qu'enseignaient les parents à leurs descendants, ainsi que toutes les vertus culturelles dans lesquelles étaient enveloppés le goût et le désir de vivre pleinement. Ces vertus sont entre autres les vertus de bravoure et de fidélité. Le peuple rwandais savait bien qu'il faut honorer sa promesse, que l'équité vis-à-vis des faibles est le nœud de la bravoure et de la générosité.

En 1994, le génocide perpétré contre les Tutsis du Rwanda a non seulement emporté des êtres humains, mais a aussi également fait voler en éclats leurs références culturelles (Uwineza et Brackelaire, 2012) organisées autour de liens. Tous ces interdits ont été renversés (De Vulpian, 2004). La transgression était devenue un ordre. Les valeurs, les vertus, ont été cassées et renversées. C'est ce renversement que Godard (2011, p. 2) exprime dans cette courte phrase qui ferait des chapitres si l'on tentait d'en développer quelques-uns. « Les adultes avaient fait des tueries des jeux d'enfant aux règles inversées. » Les récupérer et les reconstruire spontanément est dérisoire. Mata (avril), le mois du lait¹⁵, est devenu le mois de sang. C'est « la saison des machettes » (Hatzfeld, 2003), alors que depuis plusieurs années toutes les nations du monde répétaient le slogan « *never again* », après la fin de la Shoah. Au Rwanda, seulement en trois mois, on dénombre plus d'un millions de personnes, femmes, hommes, enfants et vieillards, sauvagement assassinés. On peut facilement se référer aux rapports tels que ceux de *Human Right Watch*¹⁶ et les recherches ultérieures (Isaura & Lewin (2009) ; Chauvin, Mugaju, & Comlavi, (1998) ; Neugebauer (2009) ; Schaal & Elbert (2006) ; Bolton, Neugebauer, & Ndongoni, 2002) ; Munyandamutsa & Nkubamugisha, (2012) ; Gishoma, 2014) pour donner des références en matière de chiffres relatant les conséquences de ce génocide, surtout sur le plan de la santé mentale qui nous préoccupe. Cependant, ces chiffres ne disent rien des non-dits qui rongent.

L'intensité et la féroce de cette tragédie, le caractère inouï de ses séquelles physiques et psychologiques placent le survivant dans une position victimaire où il n'arrête pas de se questionner sur sa survie, sans oublier qu'il y a des dimensions inédites par rapport auxquelles le survivant n'ose pas questionner l'autre. Les viols, l'infection intentionnelle du VIH/sida, restent portés discrètement. Ainsi, le contexte génocidaire reste « un gouffre irreprésentable » du dit et du non-dit, du su et de l'insu¹⁷, non seulement pour le survivant qui fut le premier à le nommer ainsi, mais aussi pour les chercheurs, l'agent de santé, l'agent politique, de la loi, de la société civile, etc. Chacun est obligé par ce contexte de

population rwandaise, le pacte de sang n'était plus pratiqué. Il fut modifié en amitié profonde régie par le fait de se donner mutuellement des vaches, par exemple, ou simplement le fait que l'on fasse un contrat verbal de rester amis pour toujours.

¹⁵ Au Rwanda, au mois d'avril, c'est une petite saison pluvieuse qui précède la grande saison sèche. La nature y est verte, et c'était bon pour les éleveurs, car leurs troupeaux pouvaient trouver le pâturage vert, c'est ainsi que les vaches donnent du lait car il ne manque pas d'herbe pour brouter. C'est de là que vient le nom de Mata pour signifier le mois d'avril

¹⁶ Human Rights Watch/Africa. Rapport de décembre 1994 in *Témoin du génocide*, n° 7, publication d'*African Rights*, Londres.

¹⁷ Nous paraphrasons, certains survivants croisés dans le cadre de notre pratique clinique.

repartir à la quête du sens de la vie pour enfin participer à sa reconstruction. Comment reconstruire solidement si on ne localise pas facilement la faille ? Comment la localiser si celui qui sait ne peut pas dire ? Comment oser dire si d'une part on ne se sent pas compris et d'autre part on reste dans les griffes des traumatismes qui empêchent toute possibilité de narration (Métraux, 2004) ? L'histoire lointaine fournira-t-elle des réponses à ce triple questionnement ? Certainement pas. Mais nous pensons toujours que pour en appréhender les éléments de réponses, il faut remonter le temps et historiciser ce qui nous est possible.

1.3. De la spirale de violence à un génocide de proximité

Nous voudrions aborder les particularités de ce dernier génocide du siècle à partir de sa genèse lointaine dans l'histoire du Rwanda. Cependant, au sujet de l'histoire, nous n'allons pas entrer en profondeur, car d'une part ce n'est pas l'objet de notre réflexion, de l'autre la littérature en est abondante. Certains partent même de très loin, à partir de ce qui a été transmis oralement (Bigirumwami, 2004 ; Kagame, 1951, 1956, 1959 ; Galabert, 2012) ; d'autres ont pris comme point de repère l'étude des particularités du génocide perpétré contre les Tutsi, (De Vulpian, 2004 ; Chrétien, 1995 ; Prunier, 1997) ; d'autres encore s'attachent aux conséquences psychologiques après les avoir mis en évidence (Munyandamutsa, 2001 ; Mujawayo, 2007 ; Godard, 2003 ; Rutembesa, 2004, 2013 ; Gishoma, 2014 ; Uwera, 2012). Il y en a d'autres encore qui s'intéressent simplement aux réalités culturelles rwandaises quant au mode de vie dans des situations diverses (Van't Spijker, 1990, 2007). Un constat qui n'est pas personnel est que tirer des conclusions de l'histoire du Rwanda semble un projet à long terme, comme nous l'avons évoqué plus haut. Cependant, certains éléments ne sont plus discutables, particulièrement les épisodes de violence qui ont eu lieu sous différents pouvoirs politiques, et par les colonisateurs, et par le pouvoir ecclésiastique... et leur aboutissement par l'apocalypse de 1994.

Retraçons certains éléments qui structurent l'histoire du Rwanda en une spirale de violence jusqu'au gouffre génocidaire. On comprend que même si on parle du génocide perpétré contre les Tutsi, en avril 1994, on ne peut pas laisser de côté son avant et son après. Les lignes ci-dessous proviennent des documents réunis qui parlent de l'histoire du Rwanda, synthétisée par l'ambassade du Rwanda en Belgique et que l'on retrouve sur son site¹⁸, dans les ouvrages d'Antoine Mugesera (2004, 2015), ainsi que dans certaines études et rapports notamment ceux réalisés par la Commission Nationale pour l'Unité et la Réconciliation (CNUR), en collaboration avec le Ministère du genre et de la promotion féminine (Mutamba, 2005).

L'histoire du Rwanda fut jalonnée par des événements de violence de l'homme sur l'homme ; l'implication politique est active depuis 1959. Dès son existence, le Rwanda fut habité par les Twa, les Hutu et les Tutsi. La légende considérait ces trois classes sociales qui ont fini pour être dénommées ethnies comme les trois fils descendants d'un seul père

¹⁸ http://www.ambarwanda.be/index.php?option=com_content&view=article&id=38:histoire&catid=41:cultures-et-histoires&Itemid=73

connu sous le nom de *Gihanga cyahanze u Rwanda*. (*Gihanga*, créateur du Rwanda) (Rutembesa, 2004 ; Mukarusanga, 2010) ; Galabert, 2012). Cette légende était comme un garde-fou destiné à faire régner la paix entre les frères. Ils vivaient ensemble paisiblement, partageaient tout, le lait et les produits de la récolte, jusqu'à ce que d'autres convictions commencent à s'installer et à se développer avec l'arrivée des premiers missionnaires catholiques (Rutayisire, 2014).

Quand les sages rwandais parlent de « *Rwanda rwo hambere* », « Rwanda d'avant », on dirait le paradis sur terre. Depuis 14^e siècle, le peuple Rwandais était gouverné par la dynastie *Nyiginya* jusqu'en 1961. Les sources orales disent que cette royauté semblait acceptée par tous, car le roi était reconnu comme le cordon de cohésion qui remplissait les fonctions sociales et était considéré comme le Roi du peuple (*Umwami wa Rubanda*), souligne aussi Mutamba (2005). On disait de lui : « *Umwami nta bwoko agira, ni umwami wa Rubanda rwose* », « Le roi n'a pas d'ethnie, le roi appartient à tout le peuple », pour dire qu'il n'appartenait à aucun groupe social particulier, qu'il régnait sur tous les *banyarwanda*. Ces derniers avaient en commun le *kinyarwanda* comme langue, ils avaient la même culture et les mêmes valeurs. Ces dernières ne visaient qu'à promouvoir l'harmonie, l'intégrité, l'héroïsme, l'excellence, la protection des gens démunis, ceux qui sont à la recherche de la protection. Elles visaient également à veiller au respect des tabous ancrés dans la culture rwandaise, ainsi l'interdit de tuer des enfants et des femmes ou de refuser un regard de bienveillance envers l'enfant, etc.

C'est en 1897 que les premiers Allemands se sont installés au Rwanda et la première mission catholique s'est mise en place en 1900. L'installation des colonisateurs belges en 1916 fut l'occasion d'attiser les différences dans le peuple rwandais entre les Twa, les Tutsi et les Hutu. Depuis 1931, la mention « ethnie » devait apparaître dans la carte d'identité et depuis lors la considération de l'ethnie des personnes fut la racine de la haine entre les trois classes sociales. Ainsi les mouvements conflictuels se sont organisés du jour au lendemain entre les Hutu et les Tutsi. 1959, année que l'histoire cible comme celle du début des conflits, semble, selon Rutayisire (2014), une année de cassure qui a accru les tensions qui existaient déjà. Voici certaines dates et événements qui constituent les nœuds de la spirale de la violence jusqu'à l'éclosion du génocide perpétré contre les Tutsi en 1994:

1959 : Massacre des Tutsi et mouvements d'exil des survivants dans les pays limitrophes du Rwanda.

1961 : Arrestation du roi Kigeri V, expulsion par les autorités belges.

1963 : Essai de retour au pays par les réfugiés Tutsis armés en provenance des pays limitrophes. Pour les autorités rwandaises, le prétexte pour supprimer les Tutsi fut associé à cette infiltration, en guise de représailles.

1973 : Nouveaux massacres de Tutsi, emprisonnement d'autres et expulsion des Tutsis des écoles.

1990 : Attaque par une partie de la population exilée lors des épisodes d'expulsion antérieure qui avait organisé son armée FPR-*inkotanyi*.

1992 : Massacres des Tutsi, surtout dans la région du nord. Réorganisation interne du Rwanda par la création des milices *Interahamwe* par le parti MRND qui détenait le pouvoir. Ces derniers ont été impliqués activement dans le projet d'extermination des Tutsi pendant le génocide de 1994. Disons simplement que depuis lors la violence s'est installée au Rwanda d'une façon prononcée.

1993 : Signature des accords d'Arusha, lesquels n'ont pas été respectés. Un génocide s'annonce, les personnes Tutsi qui avaient connu les épisodes antérieurs s'attendaient à la mort, surtout que le régime avait commencé à emprisonner les gens sans motif, sous le prétexte qu'ils collaboraient avec ceux qui étaient dénommés ennemis du pays, connus sous le nom d'*Inyenzi-Inkotanyi*.

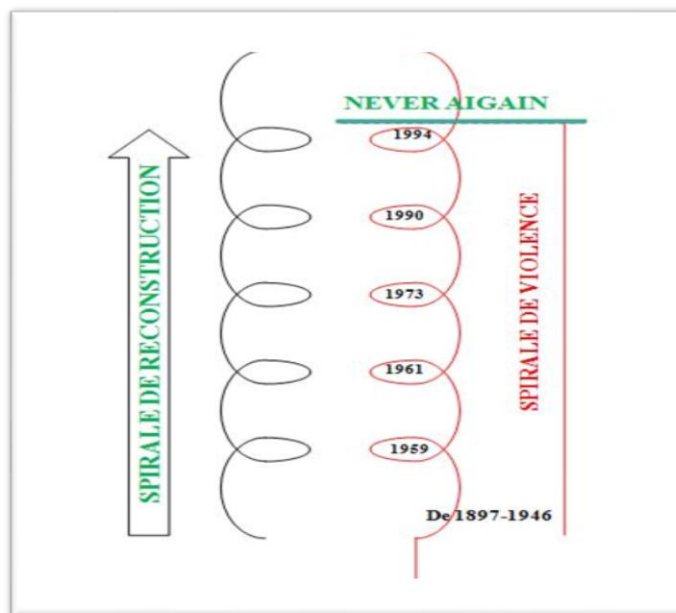
Il faut signaler que d'autres activités ordinaires continuaient à l'intérieur du pays, dans un climat silencieux de haine contre les Tutsi. Cette haine était caractérisée par exemple par le fait de priver les Tutsi d'études avancées en raison de la politique des quotas ethniques connue sous le nom d'*iringaniza*. Cette politique était à percevoir comme « un génocide culturel » (Mugesera, 2004, p.318). Il y avait aussi l'impossibilité pour un Tutsi d'occuper un poste de haut niveau, sinon un seul représentant pour témoigner que toutes les ethnies étaient représentées, sans ignorer les paroles hargneuses au travail pour l'adulte et à l'école pour l'enfant. Nous avons appris par les sages que « cette entreprise massive de désymbolisation de l'humain » (Wantrater, 2011, p. 153) engendrait des frustrations énormes. Pour les dépasser, certaines familles Tutsi ont pris certaines décisions irréversibles qui constituent à jamais l'objet de leur souffrance morale. Nous en citons certaines :

- Certaines familles ont falsifié leurs papiers administratifs à l'aide de leurs amis hutu. Ces derniers les ont aidées à trouver les papiers officiels qui font mention dans leur carte d'identité qu'ils sont hutu en remplacement de leur vraie identité tutsi. Ces familles ont connu des problèmes psychologiques particuliers qui s'inscrivent aussi dans l'ordre de l'inédit et de l'inavoué. Ainsi, elles sont demeurées dans l'exil interne entre ces deux identités. On appelle cette action *Kwihutura*, c'est-à-dire changer son identité tutsi en identité hutu pour la survie. Pour certaines familles, on pouvait trouver deux frères qui n'ont pas la même ethnie, car tel a fait l'*ukwihutura* et l'autre non. Ces familles ont des difficultés à s'inscrire dans ces deux communautés, car aucune ne les accepte comme membres. La littérature n'a jamais touché cette question, comme celle des personnes qui sont nées de couples mixtes Tutsi-Hutu, où la loi patriarcale devrait en principe déterminer le groupe d'appartenance de l'enfant. Mais en vain, la haine entre ces deux ethnies pèse lourdement sur leurs enfants.
- Même sans guerre ni massacre, certains membres des familles tutsi, particulièrement les hommes et les jeunes garçons, s'exilaient discrètement dans les pays limitrophes, particulièrement en Ouganda, et le voisinage disait que tel ou tel autre est allé chercher le nécessaire pour nourrir la famille : « *yagiye gutembera, yagiye guhaha* », « Il est allé voir s'il peut avoir mieux ailleurs, il est allé chercher de meilleurs moyens d'existence ». Dans la suite, les autres membres de la famille pouvaient les rejoindre progressivement, dans la discrétion. Le mouvement d'exil des Tutsi que la littérature cible est celui des années 1959, consécutif à la disparition mystérieuse du roi, à l'origine des massacres qui s'en sont suivis (Mugesera, 2004).

- Pour résoudre leurs frustrations, certaines familles tutsi envoyaient leurs enfants faire des études dans les pays limitrophes. La séparation des jeunes adolescents qui vont brusquement organiser leur vie à l'étranger n'a pas été sans conséquences.
- Une autre particularité est liée aux familles tutsi qui envoyaient leurs enfants adolescents dans des congrégations religieuses. « *Au moins là-bas, on espérait l'accès aux études* », disait-on. On dit que c'est une des raisons pour lesquelles on rencontre un grand nombre de prêtres tutsi. Nombre d'entre eux, après avoir terminé leurs études, ont réorganisé leur vie autrement, aussitôt que la situation l'a permis.

À part l'impact sur les études et les emplois, les recensements de la population, dit-on, avaient aussi une mission double : ce n'était pas seulement la planification pour l'intérêt national, mais aussi c'était un début de déshumanisation. Par ces recensements, on se rend compte qu'il s'agit de désigner les victimes. Ceux qui ont été désignés ne méritaient par la suite que la privation de tel droit, la diabolisation, l'exclusion et l'isolement, en attendant sa destruction définitive (Lecomte, 2001). Les afflications particulières liées à de telles expériences seraient, comme en témoigne Jean Améry, survivant de l'expérience de la torture et du camp d'Auschwitz-Monowitz, celles-ci : « [...] être exclu d'un groupe social signifie, entre autres, être également dépossédé de la parole qu'on pourrait y acquérir, y tenir est donc être amputé de tout moyen susceptible de transmettre les effets d'un tel effondrement de la subjectivité par l'avortement du sens » (Altounian, 2000, p. 16).

Le schéma qui suit représente la construction progressive de la violence au Rwanda qui a débouché à l'apocalypse de 1994.



Spirale de la violence

C'est donc tout au long de l'évolution en spirale de violence, d'une part silencieuse, d'une autre part prononcée, que le génocide perpétré contre les Tutsi a atteint son paroxysme jusqu'à confondre tout son contenu en un seul mois d'avril et une seule année 1994 qui devient toute une éternité de la souffrance.

1.3.1. Avril 1994

Impossible de parler du génocide perpétré contre les Tutsi du Rwanda sans évoquer les expériences précédentes d'ailleurs. Le 20^e siècle, dirait-on, un siècle des génocides. À sa fin, le monde entier retombe encore dans un profond échec. On est face à l'impossibilité d'observer l'ordre du « *Never again*, Plus jamais ça », slogan politique lancée et relancé par le monde entier après les génocides précédents. Le 24 avril 1915, c'est le déclenchement du génocide qui fait périr 1.500.000 Arméniens sur une période de 2 ans. Cette volonté de détruire définitivement les Arméniens fut organisée par le gouvernement Turc de l'époque. Jusqu'à présent tout le monde ne reconnaît pas encore ce génocide, que plusieurs écrits (Nichanian, 2015 ; Becker & Bozarslan, 2015 ; Selek, 2015 ; Kévorkian & Ternon, 2014 ; Bruneteau, 2004) connotent déjà de génocide pour interpeller la communauté internationale pour qu'elle nomme comme il faut ce qui est resté longtemps non dit. Il y avait 11 ans que le premier génocide du 20^e siècle venait de se produire, celui des Hereros et des Namas en Namibie, perpétré par des Allemands en avril 1904 (Kotek & Rigoulot, 2000 ; Fontenaille-N'Diaye, 2015). Comment prononcer le « *never again* » si on ne nomme pas les actes ? Il a fallu un demi-siècle pour qu'un premier pays ait le courage de reconnaître officiellement le génocide arménien : l'Uruguay, le 20 avril 1965 (Masse, 2006). Un autre génocide s'annonce plusieurs années après celui des Arméniens. La date conventionnelle pour l'éclatement de la shoah se situe entre 1941-1945 (Bensoussan, 2012). Depuis 1941, tous « les individus jugés dangereux » ont été arrêtés et fusillés ; le processus de raser les juifs sur la carte du monde a depuis lors été mise en marche du jour au lendemain. Les tueurs nazis ont organisé de nouvelles méthodes pour tuer. Tous les pays du monde entier reconnaissent officiellement la shoah commise par les nazis. C'est le « *never again*, plus jamais ça » que l'on proclame. Pourtant, sans oublier les massacres des Mayas guatémaltèques dans les années 1980 (Paranagua, 2013)¹⁹ et les actes commis par les Khmers rouges au Cambodge de 1975 à 1979 qu'on n'ose pas encore nommer génocide, en avril 1994 un autre génocide plus rapide, interne, atroce, fait de nouveau disparaître quantité de victimes sous le regard observateur des mêmes nations, qui venaient de proclamer « *Never again* ». Le nombre de victimes est encore un objet de discussion. Les rapports convergent sur un nombre qui varie entre huit cent mille et plus d'un million de victimes, principalement Tutsi (Kimonyo, 2008, 2013 ; OUA, 2004).

Au Rwanda, on n'est loin de se demander si le monde va encore répéter le même slogan qu'il avait déjà émis après les hécatombes précédentes. « *Avril, ce mois maudit ! Les*

¹⁹http://www.lemonde.fr/ameriques/article/2013/05/14/le-genocide-des-mayas-en-debat-au-guatemala_3202294_3222.html

Rwandais lui avaient octroyé le bon nom « mata (lait) », nous disait le premier patient que nous avons accompagné dès les premiers jours de notre travail de psychologue clinicienne. Comme nous l'avons précisé plus haut, avril 1994 n'est que le paroxysme du génocide qui s'est produit en épisodes répétitifs. Ces épisodes ont été espacés par d'autres actions qui exacerbaient la haine entre les Hutu et les Tutsi, par des actes d'intimidation et d'isolement qui plaçaient le Tutsi dans une position victimaire depuis les années 1959.

Le 6 avril 1994, au-dessus de Kigali, se fit entendre le crash de l'avion qui transportait les présidents rwandais et burundais, en provenance de Tanzanie. Immédiatement, les milices *Interahamwe* commencent à tuer sans se soucier du regard de l'autre. Conventionnellement, le langage politique situe le début du génocide en date du 7 avril 1994 qui ne prend fin qu'en juillet, après la prise d'une grande partie du pays par le FPR. C'est donc pendant ces tristes trois mois qu'une grande partie de la population Hutu a exterminé une autre partie de la population Tutsi ciblée depuis longtemps. Les pertes humaines et matérielles, la destruction du tissu social et le chaos généralisé ne sont pas dénombrables. Par la suite, le nombre d'exilés, de prisonniers et de survivants, confrontés à la situation complexe de leur vie d'après, fut une équation à laquelle on eut à faire face dans le processus de reconstruction.

Avant d'en arriver à la vie d'après génocide, pendant « ce génocide », il fallait faire autrement. Il fallait « nettoyer » correctement (Collin & Waintrater, 2011), cela pour dire que cette fois-ci on allait tuer sans pitié. Même les femmes, même les enfants. Pendant les épisodes génocidaires qui avaient précédé celui d'avril 1994, il y avait possibilité de songer à ce *kirazira* : « *on ne tue pas les femmes, on ne tue pas les enfants ; une femme enceinte est respectée* ». Mais quand le 01/10/1990, le FPR-*Inkotanyi*, surnommé péjorativement *inyenzi* (cancrelats) ou *inyangarwanda* (ennemis du Rwanda) par le régime au pouvoir, a envahi le pays, on a dit que c'était parce que l'on n'avait pas exterminé cette race d'ennemis (Mugesera, 2004 ; Rutayisire, 2014). Les meurtriers disaient que leurs enfants ont grandi, que les femmes survivantes des premiers épisodes génocidaires ont mis au monde d'autres enfants et que, par conséquent la descendance a grandi avec l'esprit de revenir dans son pays et de venger ses grands-parents. C'est ainsi que, sans pour autant ignorer la souffrance des hommes, ce génocide fut orienté en particulier vers la femme (Ricci, 2014), matrice de l'humanité. Ce sont des viols sauvages, même avec des objets, la transmission du VIH/sida est intentionnelle, « *juste pour tuer comme ça* ». Les enfants sont aussi violés, tués, même ceux qui sont encore dans les entrailles de leur mère. Pour encourager le meurtre d'une femme enceinte, les meurtriers avaient recours à ce proverbe que personnellement nous n'avons entendu que dans le contexte du travail clinique, « *ukubita imbeba ntababarira n'ihaka* », proverbe que l'on peut comprendre comme ceci : « celui qui tue le rat ne doit même pas se passer de ses petits, même ceux qui sont encore dans le ventre de leur mère ». Et pour rendre possible l'acte de tuer les enfants, il fallait aussi leur ôter leur qualificatif d'enfant, *Abaterambabazi* : Ceux qui méritent de la pitié. Désormais, ils deviennent les enfants du serpent et les miliciens avaient recours au dicton swahili « *Watoto wa nyoka ni nyoka* : Le petit du serpent est aussi un serpent ». Dans ce cas, le personnage tutsi était identifié à un serpent, ou alors à un cafard, *inyenzi*, d'où les

petits enfants étaient aussi perçus comme des « petits cafards ». On ne peut remarquer que la cruauté en actes et en paroles pour enfin « *rendre fou le survivant* » en purifiant les actes de son meurtrier. C'est ce que l'on lit dans ces lignes :

Tour à tour, les mots préparent l'opinion, insinuent, dévoilent, stigmatisent, désignent les futures victimes, les métamorphosent en agresseurs, diffusent l'idéologie d'un crime à venir. (...), les mots dissimulent sous un vocabulaire ambigu, l'accomplissement cynique du processus qui conduit à l'extermination (Collin & Waintrater, 2011, p. 8).

En considérant les expériences antérieures, ce qui se dit dans les conversations courantes pour contextualiser notre problématique, nous voulions être tout près de la réalité et de la vérité non témoignées pour des raisons diverses. Même si toute cette immense réalité ne peut être explorée dans cette unique recherche-action, limitée dans le temps et dans l'espace, nous les soulignons pour ouvrir l'horizon à d'autres recherches ultérieures. Ainsi, parmi tout ce que nous avons entendu, nous avons été à l'écoute d'un jeune homme violé sauvagement par des hommes et des femmes ensemble. Cela, c'est une des réalités classées dans le non-dit, portail encore fermé, qu'aucune recherche n'a jamais tenté d'aborder. Nous l'évoquons simplement pour souligner combien la contextualisation du génocide commis au Rwanda ne plonge que dans l'impasse (Lebon, 2012), entre dire, taire et garder secret. Les intervenants rwandais connaissent les cas atypiques qui nous rapprochent de la réalité génocidaire. Les psychologues d'IBUKA et AVEGA en parlent dans les séances de supervision clinique animées par Marie-Odile Godard et Eugène Rutembesa (2012)²⁰ pour approcher les mêmes figures, sans épuiser ni approcher la réalité traumatique qu'ils détiennent. Pensons à ce que Munyandamutsa (2008) illustre dans son article qu'il intitule « *le prix du silence et le temps de la créativité* ». Avec son extraordinaire endurance de faire renaître des cendres les personnes brisées, anéanties et soumises au silence par des violences extrêmes, il tente de donner sens à ce silence qui est pour nous loin d'être confondu avec le secret. Voici ce qu'il dit des « souvenirs des survivants » (Primo Levi, 2002, p. 16) sans la rencontre avec lui, ou l'autre, ils seraient inédits : « Il y a des souvenirs qui ne peuvent pas cohabiter avec la vie. Il en découle ainsi le préalable du temps du silence, du besoin de créer des conditions d'oubli et du temps de la tristesse partagée » (Munyandamutsa, 2008, p. 494). De telles situations, nous les avons connues dans l'après génocide, mais ce sont elles-mêmes qui nous approchent un tout petit peu de ce que contient ce mot gigantesque GENOCIDE. Malgré leur ampleur, elles ne révèlent qu'une partie du caractère inédit du génocide. Ce qui fait que le génocide reste rangé dans le registre de l'*indicible* (Van't Spijker, 2007), « un coup de folie collective » (Munyandamutsa, cité par Godard, 2014, p. 69). Pour elle, il est dangereux d'avancer une telle hypothèse, car elle légitime la thèse de l'irresponsabilité individuelle.

En plus de ces non-dits, qui se disent progressivement à l'intérieur du setting thérapeutique, il y a d'autres points qui soulignent l'étrangéité du génocide commis au Rwanda.

²⁰ Formation et supervision clinique faite pour les psychologues d'IBUKA et AVEGA, dans le cadre de coopération entre IBUKA et Médecins du monde.

1.3.2. Un génocide atypique

Comme pour d'autres génocides qu'a connus l'humanité, le génocide perpétré contre les Tutsi fut aussi préparé minutieusement par une partie de la population, mais ses retentissements psychiques semblent paradoxalement une grande surprise pour tout un chacun, de sorte que trouver les dispositifs de reconstruction psychique n'a pas été facile dans l'immédiat et les professionnels en santé mentale se sont préoccupés de cette tâche. Nous pensons aux initiatives mêmes des associations locales, que ça soit pour les jeunes comme l'Association *Uyinsenga n'Imanzi*, ou les Veuves comme AVEGA, qui tentent d'initier des dispositifs d'ordre communautaire pour que la population puisse s'y retrouver et tenter de se reconstruire un avenir prometteur. C'est pour ce même objectif que le Projet PIC « *Élaboration de modèles et de modes d'intervention et de formation en santé mentale au Rwanda* » a été conçu. Cette recherche est l'une de ses contributions pour élaborer des dispositifs qui peuvent permettre la reconstruction psychique de la population rwandaise.

On imagine difficilement qu'une personne se lève le matin pour assassiner sauvagement ses voisins qu'il côtoyait ; « pourtant, ces meurtriers menaient une vie apparemment « normale ». Ils n'avaient ni maladie psychiatrique avérée, ni antécédent judiciaire. Leurs actes semblaient soudain étranges et étrangers à eux-mêmes, comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu. » (Verschoot, 2007, p. 12). Ce sont les facteurs de voisinage, les mariages mixtes, l'amitié profonde des pactes noués, par le don de vaches, le partage du lait et de la récolte, l'offre d'eau et du sel entre voisins, le partage de la même source d'eau, de la même église qui font que l'on qualifie le génocide perpétré contre les Tutsi de génocide de proximité (Bruneteau, 2004). Pour Kimonyo (2008), il serait un génocide populaire. Autrement dit, ce génocide a été commis par une partie de la population contre une autre qui partage le même territoire national, la même langue. En 3 mois seulement, le pays est ainsi tombé dans un gouffre génocidaire. Refaire le chemin de cette « érosion de repères culturels » (Giot, 2013, p. 341), ou de cet « effondrement du commun » (Revault d'Allonnes, 2007, p. 71) interrogerait obligatoirement son avant et son après, et dans ce cas le temps n'est plus le même. Il va falloir considérer le temps que donne la personne en souffrance et ce temps n'est rien que sa pensée en rapport intime avec son inconscient (Doray & Louzoun, 1997, p. 27).

La pensée est un temps autre que celui de l'expérience de l'événement, traumatique ou non, où le sens peut être élaboré, perlaboré, contextualisé, etc. En ce sens, la pensée contracte un rapport intime avec l'inconscient qui, selon Freud, tenait sa spécificité de son lien avec le système de la mémoire, lui-même même exclusif de la conscience actuelle : la conscience apparaît à la place de la trace mnésique.

Cette assertion justifie la complexité de la gestion des conséquences psychologiques que l'on rencontre en chiffres exorbitants au lendemain du génocide (Munyandamutsa & Mahoro, 2009). Le trauma et le temps ne se séparent pas, mais en même temps, n'évoluent pas au même rythme.

Lors de nos premières consultations psychologiques en 2005, un jeune survivant de 28 ans à l'époque nous a confié des paroles semblables à celles qu'un des sages survivants

nous avaient dites. Le jeune survit au génocide avec sa sœur, il reste interné des mois et des mois parce qu'il est extrêmement triste et il ne peut plus parler. Timidement, nous nous aventurons à l'approcher sans insistance, par un bonjour quotidien auquel il ne répondait pas pendant plusieurs semaines ; plus tard, nous lui proposons de nous entretenir par écrit, plus tard, quand il lui a été possible d'émettre un mot, il nous dit :

Avec le génocide, on meurt avant même que l'on soit attrapé. Quel serait autre mort si ce n'est qu'attendre le jour où l'on va mourir. Je te dis la vérité, le génocide a pris fin sans même que l'on me touche. Moi et ma sœur avons été protégés par un ami de nos parents. Lui il était hutu, il nous a placé dans sa maison inachevée loin de notre colline natale. Mais, est-il vraiment une vie de manger sans en être sûr que l'on va terminer son assiette ? Qu'en est-il d'entrer dans la nuit sans avoir droit de dormir ? Il fallait attendre le jour, puis attendre la nuit, puis le jour, la nuit, le jour, la nuit, ... entretemps, on ne recevait que des messages qui nous annonçaient la mort de tel, la mort de tel autre et nous nous disions : c'est bientôt nous. Je me disais donc que naître Tutsi n'est pas bon, car finalement on est né pour enfin mourir pas ordinairement, mais mourir tué. (...). Il n'y a même aucune raison d'en parler, personne ne peut comprendre, même celui qui en parle ne peut pas tout dire et ce qui reste non dit est ce qu'il y a de pire.

Quant au sage, lui aussi psychologue, il nous encourageait dans le métier pour cultiver la face positive de l'humain, – car il y a aussi l'autre face, le contraire de l'humain – et nous dit presque la même chose que ce jeune, avec la différence qu'il faut se mettre en action. Nous reprenons certains des propos qui retentissent encore en nous sans les reproduire tels qu'il nous les a dit :

Face à un génocide, on est muet. Mais nous devons dire non, car notre outil c'est la parole alors que le génocide l'a mutilée. Il va falloir trouver les paroles pour redonner le sens de la vie à tous ces jeunes, car c'est possible de revivre. On nous a privé de la vie depuis plusieurs années, depuis 1959, 1973, 1975, la mort des Bagogue, (...) Que dire ? Que taire ? Je ne peux pas énumérer les dates ni les événements car les historiens, quelquefois corrompus par les pouvoirs totalitaires pour qui ils œuvrent, n'écrivent que ce qui a été mis à leur disposition, c'est-à-dire ce qui a été porté aux yeux du public, et ça c'est le passé, mais moi je dirais que le génocide est une éternité. Qui peut réparer ? Comment va-t-il s'aventurer pour quantifier les pertes ? (...) Moi je les ignore, tous ces meurtriers, j'ignore ce qu'ils ont fait, ce que je n'ignore pas c'est l'humain, il faut le cultiver et ne jamais accepter de perdre son humanité, si on le garde, on aidera les autres à revivre et à retrouver le sens de l'humanité.

Et les propos de ce jeune, et ceux de ce sage, tous nous placent face à l'impossibilité de contextualiser le génocide. Ces deux personnages de génération différente nous apprennent que nous connaissons peu de choses sur le vécu du survivant du génocide par rapport à ce qu'il a enduré. Cela justifie encore l'impasse de contextualiser le génocide. Il y a non seulement l'anéantissement traumatique qui installe la peur et l'impossibilité d'en parler, mais aussi il y a naturellement le refus de raisonner sur un génocide comme ça été le cas pour les génocides précédents. Pensons au génocide arménien, cambodgien, etc. On ne peut que citer le cinéaste franco-cambodgien Rithy Panh, dans Le Monde du 06.02.04 :

La guerre est un terrain formidable pour le génocide. Les génocides arrivent pendant une période où les lois sont bafouées. Et il y a une idéologie de l'utopie. Mais on ne peut

malheureusement pas tout expliquer dans un génocide. Une guerre, on peut l'expliquer, pas un génocide. C'est ce qui fait que le traumatisme est plus grand, que les survivants se sentent coupables.

Ce cinéaste ne parle que des massacres sans nom que les Nations-Unies refusent de nommer génocide. Au Rwanda, après l'apocalypse des Tutsi, la communauté internationale l'a reconnu comme génocide ; le slogan « *Never again* » s'entend dans les médias, dans les discours politiques, particulièrement à chaque anniversaire commémoratif du génocide perpétré contre les Tutsi, comme moyen de transmettre un message d'espoir (Uwineza & Brackelaire, 2014; Gishoma & Kanazayire, 2013). Le même slogan « *never again* » fut l'introduction et la conclusion de chaque discours politique prononcé à l'occasion de la commémoration des anniversaires ultérieurs du génocide perpétré contre les Tutsi.

Les cas de figure sont nombreux, surtout ceux qui sont encore sous l'emprise de ce qu'ils ont vécu. Ciblons la partie de la population à laquelle cette recherche s'est intéressée : mères, enfants, « *tués d'une autre manière* », comme ils le disent, par les viols sexuels et la transmission intentionnelle du VIH/sida. Pour ces personnes, le génocide se passe dans leur corps, porte ses stigmates ; le mot « *ntibizongera* » (plus jamais/*never again*) n'est pas facile à prononcer. Comme toute personne en proie à un traumatisme, elles se voient encore dedans, et comme les Rwandais le disent dans ce dicton, « *ukize inkuba arayiganira* : c'est celui qui échappe au coup de tonnerre qui peut en parler ». C'est la même chose pour ces personnes. Simplement ceux qui peuvent en parler sont ceux qui se sont déjà retirés du filet traumatique, pour les autres il leur faut un espace presque comme celui qu'évoque Giot (2013, p. 201) « un espace pour une parole à venir ». Dans le présent contexte qui n'est pas loin de celui qu'il évoque, la particularité de la population ciblée est touchée par un autre coup qu'est la maladie à vie, pire encore, infligée intentionnellement, où les actes de violences étaient toujours accompagnés par des paroles virulentes. Serait-il possible de se retrouver comme on était avant un génocide alors que l'on porte à jamais « l'autre forme du génocide » ? La situation ne fait qu'empirer quand on voit que ces paroles virulentes qu'on a entendues s'accomplissent, lorsque la chaîne de la transmission se prolonge dans les générations suivantes ? Mujawayo (2007, p. 95) en témoigne dans les propos qui lui ont été confiés par les personnes qu'elle a accompagnées pour cette souffrance. Lisons :

Je ne suis plus moi-même, je ne suis pas moi, celle que tu vois (...). Et c'est toujours le va et vient entre « qui j'étais », « qui je voudrais être », « qui je voudrais retrouver ». Je ne me retrouve plus en moi-même, je n'étais pas comme ça avant. Je n'étais pas comme ça avant, (...). Je ne suis plus rien, j'ai été salie.

Nous aborderons cet aspect pour approcher particulièrement les conséquences de ce génocide pour les femmes et les enfants. Avant d'en arriver là, disons un mot sur la réalité du lendemain du génocide pour le survivant, réalité qui fait l'objet d'initiatives de reconstruction du pays dans tous les secteurs. Nous nous attacherons surtout à ce qui a rapport avec la reconstruction psychique.

1.3.3. Au lendemain du génocide

On apprend un peu de la réalité du « pendant » le génocide perpétré contre les Tutsi en avril 1994 dans son lendemain, après que les choses se remettent en marche. L'après génocide, qui commence au mois de juillet 1994, débute avec d'autres réalités fort complexes qui restructurent la communauté rwandaise dans un carrefour de cultures et de nouvelles identités pour un seul peuple des *Banyarwanda* (Munyandamutsa, 2014). Depuis la date conventionnelle de sa fin, le 04 juillet 1994, date qui correspond à la prise de pouvoir du FPR-*Inkotanyi*, le Rwanda est devenu un laboratoire de chercheurs de différents secteurs pour trouver les moyens de reconstruire impérativement le pays (Mujawayo & Souâd, 2004).

Directement après le génocide, c'est la chanson « *Insinzi* » (Victoire) qui a retenti dans tout le pays. Sa mélodie accompagnait les gens qui rentraient d'exil depuis les années 1959 et d'autres qui prenaient le chemin de l'exil depuis juillet 1994. Entretemps, la guerre et le génocide n'avaient rien laissé intact ni à sa place. On ne peut qu'emprunter le terme d'« érosion » à Giot (2013) ou celui de « vent » à (Mujawayo & Souâd, 2004). Chacun est préoccupé par ses priorités. La recherche d'une demeure et de nourriture c'est-à-dire se réinstaller dans la vie. Au moment où, pendant le génocide le *Kubohoza* (libérer) était détourné de son sens premier pour porter le sens de violer sexuellement, le même langage dans l'après génocide fut utilisé pour s'accaparer des biens des autres. Pour les maisons, on ne comptait pas s'il y avait des gens qui y habitent ou pas. On trouvait sur telle maison ou même ancien bureau, sur n'importe quel bâtiment, on écrivait « *iyi nzu yarafashwe* » pour dire, « *cette maison est déjà prise* ». Après l'installation, il fallait trouver le nécessaire petit à petit. Les objets avaient même un nom commun reflétant un travail accompli et un long parcours à faire dans ces moments difficiles : « *je recommence ma vie* ».

Le pays était donc un carrefour d'étrangers, les uns vis-à-vis des autres. Ceux qui étaient à l'intérieur du Rwanda, malgré le voisinage, étaient devenus étrangers après la traversée génocidaire. C'est dans ce groupe que sont comptés les survivants du génocide, leurs bourreaux et l'autre partie de la population hutu non trempée dans le génocide, mais non restée indemne par l'atrocité et la complexité de ce génocide de proximité. Parmi ces groupes sociaux qui se sont rencontrés au Rwanda après le génocide, il y a ceux qui rentrent au pays en provenance du Burundi, d'autres rentrent de l'Ouganda et d'autres de la Tanzanie. Avec les autres qui venaient d'autres pays non spécifiés, ils étaient considérés comme les gens qui viennent du dehors, pour dire en un mot les étrangers. Pour les qualifier on disait, « *Abavuye hanze* », ceux qui proviennent de l'extérieur. Ou encore dans un langage beaucoup plus humoristique comme c'est le propre des Rwandais, on disait « *Abarutashye* », pour dire en résumé ceux qui sont rentrés dans le Rwanda. À part ce qualificatif de tous ceux qui sont rentrés du pays après la libération placée conventionnellement le 4 juillet 1994, ceux qui étaient au pays depuis longtemps avaient aussi des surnoms dotés des représentations sociales significatives qui interrogent certainement le rapport à l'autre et surtout la question de la différence. On peut facilement lire les représentations intersubjectives que contiennent ces différents groupes sociaux. Ces

différents groupes sociaux ont été explicités par Ndushabandi (2012), repris par Gishoma (2014). Le groupe des *Abanyamurenge*, ceux qui rentrent en provenance de la région de Murenge du Congo est le seul non abordé par ces deux chercheurs. Une autre groupe de personnes était celui des survivants, dit « *Abacitse ku icumu*, c'est-à-dire ceux qui ont échappé à la lance ». Entre-temps, le terme d'*Interahamwe*, groupe des miliciens qui ont commis le génocide, ne pouvait pas disparaître immédiatement. Il devint même une insulte pour le moindre conflit ou malentendu entre ces îlots de petites communautés émergées au Rwanda dans l'après génocide. Telle est l'ambiance du lendemain du génocide dans laquelle le survivant devait suivre le rythme des autres, enthousiasmés par le refrain de cette chanson *Insinzi* qui retentissait partout dans le pays, à chaque colline. La recherche de la survie pour tout le monde était impérative.

Le mouvement de partir en exil, de revenir d'exil qui a suivi le génocide ne s'est pas produit sans création d'autres groupes sociaux qui accentuent les différences dans le même peuple. Ainsi, après quelques mois, quelques années, passées dans les pays d'exil, particulièrement le Congo jusqu'en 1997, une partie des réfugiés rentrent au pays. Ils furent vite qualifiés du nom de l'un des camps de réfugiés au Congo. Ils furent dénommés, ceux qui proviennent de *Tingi-Tingi*. Au nord du pays, un groupe de miliciens décida de revenir aux pays sans déposer les armes, ils furent nommés les « *abacengezi* » c'est-à-dire les infiltrés.

Sans doute que ces différents groupes sociaux gommant d'autres liens biologiques entre ceux qui étaient au pays par exemple et ceux qui venaient de rentrer. Dans tous ces différents groupes, chacun avait sa traversée singulière, totalement différente de celle de l'autre, et cela pouvait être l'origine d'incompréhension et de méfiance. « On sous-entend l'importance du « nous » *versus* les autres. Les « autres » sont des étrangers, voire des ennemis. « N'importe quel citoyen pouvait avoir des raisons de se méfier de son voisin » (Gishoma, 2014, p. 32). Cette rupture induite par le génocide dans la société rwandaise, n'est que la continuité de ce qui datait depuis les républiques précédentes (Korman, 2014). On assiste par exemple à l'impossibilité de parler sa propre langue comme il faut, non seulement chez les jeunes, mais aussi chez les adultes. Il y a ceux qui préfèrent continuer à s'exprimer dans la langue de leur pays de provenance, ceux qui commencent à parler dans telle langue et finissent dans une autre pour exprimer mieux ce qu'ils veulent dire ou carrément pour exclure l'autre de la conversation, tout en radicalisant les différences entre les différents groupes. Gishoma (2014, p.31) illustre cette incompréhension par une belle illustration métaphorique *de la tour de Babel*. C'est en général ce portrait auquel le gouvernement qui venait de prendre le pouvoir devait faire face pour reconstruire le pays et ramener la paix dans la population rwandaise. C'était une structuration sociale qui venait de soi et qui se construisait à l'intérieur du pays tandis qu'à l'extérieur, selon les échos qu'on entendait, on affirmait que le Rwanda est tristement un cas intéressant, pour encourager aussi bien les chercheurs que les organismes humanitaires. « Allons pour voir... », « C'est intéressant, sur le double plan scientifique et humain » (Uwineza et Brackelaire, 2012). Les tenants de ces discours sont médusés par plusieurs constats :

- L'intensité et la férocité du génocide, sa préparation minutieuse qui ont conduit à un effarant taux de réussite : hommes, femmes, enfants, personne, absolument, n'est épargné (Munyandamutsa, 2001). Le viol des femmes devient lui-même une des armes du génocide. La mort par le VIH/Sida tue par la suite à *feu doux*, « *slow genocide* ». Nous reviendrons particulièrement sur cet aspect singulier parmi les conséquences laissées par le génocide. Le caractère inouï des souffrances psychiques polymorphes et incommensurables, observables à fleur de peau, ne laisse personne indifférent. Particulièrement, la question des traumatismes psychiques est depuis 1994 sous les plumes d'un grand nombre d'écrivains nationaux et étrangers. On ne peut qu'en citer quelques-un à titre d'exemple : Godard (2003) ; Munyandamutsa & Mahoro, (2009) ; Munyandamutsa, (2004), Gishoma, (2014).
- On constate un grand nombre d'orphelins, mobilisés dans un premier temps dans les centres de transit des enfants non accompagnés, dans des institutions, dans des familles d'enfants sans parents. Directement, l'année qui suit, l'UNICEF, en collaboration avec le Ministère des affaires sociales, a produit un rapport sur les enfants non accompagnés. Dans ce rapport qu'ils prennent soin d'intituler en fonction de la valeur accordé à l'enfant « *Enfant, avenir du Rwanda* », le nombre de ces enfants est estimé entre 450.000 et 500.000. Ces chiffres, qui ne sont qu'estimatifs, ne comptent pas d'autres enfants qui s'y ont ajoutés avec le rapatriement des réfugiés qui rentraient des pays limitrophes, particulièrement du Congo. Parmi ces enfants non accompagnés, il y avait des orphelins et ceux qui étaient séparés de leurs parents lors de la guerre et du génocide. Cette réalité explique les raisons d'autres phénomènes qui se sont mis en place dans l'après génocide comme la création des institutions d'accueil, les ménages d'enfants (Uwera & Brackelaire, 2011), les familles artificielles. Il fallait rechercher des réponses pour ces enfants coupés de liens, de repères et d'appartenance. Cependant, d'autres phénomènes étaient observables : on rencontrait des enfants qui vivaient dans les rues, ceux qui vivaient seuls, d'autres qui vivaient avec les adultes, conservateurs des valeurs, ou simplement avec le regard éducateur de l'adulte que les circonstances d'après génocide ont obligés à être parents (Uwineza & Brackelaire, 2014). Il y a aussi ceux qui vivaient dans des institutions dans lesquelles les choses se structuraient dans la mesure du possible en format familial. Ainsi, dans ces institutions ou orphelinats, on trouvait des personnes adultes qui jouaient le rôle de mère. C'est ainsi que on entendait parler de « mère sociale » ou « *care giver* ».
- Le nombre et le genre de crimes commis par les bourreaux dépassent les possibilités de l'appareil judiciaire ordinaire. L'une des tentatives de réponses fut l'initiation des juridictions Gacaca. Ces dernières ont été utiles, mais le coup psychique du survivant appelé à être témoin était énorme au point de les qualifier de « rendez-vous risqué » (Munyandamutsa, Godard, & Mutarabayire-Schafer, 2012). La plupart des survivants se voient découragés par les responsabilités auxquelles ils ont à faire face. Cette phrase énoncée par une mère découragée retentit encore dans nos oreilles : « *Toi, tu parles du créateur du génocide, et celui qui a inventé le Gacaca, crois-tu qu'il nous a sauvé la vie ? Tout revient aux épaules du survivant... être victime, témoigner l'intémoignable pour enfin être contesté (...)* », nous a confié une jeune fille violée sauvagement et infectée par le VIH/sida. On comprend que les juridictions Gacaca ne se sont pas passées sans conséquences pour le survivant, même si c'était organisé en sa faveur et pour la reconstruction nationale. Le survivant, victime et témoin, rencontre d'autres épreuves à traverser. C'était le moment d'être contesté, de rester sur ses gardes par rapport à ce qu'il faut dire et ce qu'il ne faut pas dire en public. Cela lui

demandait dans la suite un effort psychique énorme de croiser inévitablement son bourreau. Les aveux cyniques n'ont pas manqué de prolonger le meurtre en paroles, ainsi que la haine et les regards craintifs entre victimes et bourreaux qui venaient d'être libérés, une fois que leurs aveux avaient été jugés fondés.

- Au lendemain du génocide, un besoin de trouver, d'exhumer et d'inhumer les corps dans la dignité était aussi dans les préoccupations des survivants pour au moins pouvoir faire leur deuil. Parmi les bienfaits qu'ont apportés les Juridictions Gacaca, il y a l'obtention des informations liées aux corps non inhumés.
- Une des stratégies reconstructives de la politique de l'unité et de la réconciliation fut l'obtention d'une seule identité nationale (Ndushabandi, 2012). La solution possible pour reconstruire le pays serait donc de renforcer les efforts pour l'unité du peuple, comme le nom du gouvernement « *Leta y'Ubumwe bw'Abanyarwanda* » (Gouvernement d'Union Nationale). La cohabitation est impérative. Pour cela il n'y a plus d'ethnies : « il n'y a pas de Hutu, ni de Tutsi, ni de Twa, il n'y a que les Rwandais », disaient les autorités à tous les échelons. Comme la construction ne pouvait se faire sans un défi lié à l'ampleur du génocide et au coût pour la vie psychique du survivant, certains n'arrêtaient pas de se questionner sur la raison de tourner aussi vite la page (Mujawayo & Souâd, 2004 ; Kagabo, 2014). Le bourreau est invité à avouer ses crimes et à demander pardon et la victime est aussi invitée à octroyer le pardon sans contrainte. Cela n'a pas été sans traces anéantissantes chez le survivant. Certains se demandent alors le sens de l'appellation « Génocide perpétré contre les Tutsi » (RESIR, 2015)²¹. Cela n'est pas différent de ce qui nous est arrivé dans les consultations cliniques. Une sorte de sensation de gommer la réalité où le survivant a enduré tous ce qui lui est arrivé, parce qu'il est ce qu'il est. Rien que ça. Cela ne s'écarte pas de ce que nous avons entendu dans le cadre de la clinique. Certains survivants nous avouent que leur souffrance n'est gardée qu'en eux, « ça ne se dit pas dehors », « ce ne sont pas les particularités qui sont mises au premier degré », « nous devons courir au rythme des autres sans montrer ni dire quoi que ça soit sur notre souffrance », propos reçus avant même que nous entreprenions le travail de thèse. Cependant, la souffrance gardée au fond de soi constitue une faille qui se perçoit dans le silence étrange et/ou cliniquement dans d'autres symptômes qui n'arrêtent pas d'interpeller les intervenants, chacun dans son domaine, afin de penser aux dispositifs qui pourront approcher cette faille et définir le langage qu'il faut utiliser pour que ça soit possible. Voici ce que dit Kristensen (2011, p. 61) :
Si par ailleurs on conçoit le langage comme une sorte de geste corporel, on a plus de chance de comprendre pourquoi le témoignage est impossible après un génocide (celui des Arméniens, celui des Juifs, et celui des Tutsi du Rwanda) : non pas pour des raisons morales ou parce que l'abjection serait inexprimable, mais parce que ce dont il s'agit de témoigner est une situation d'effondrement de la structure vitale du corps et donc d'une parole totalement dépourvue de puissance et radicalement inaudible.
- Un autre constat est lié au viol et à la transmission intentionnelle du VIH/sida, classés dans les non-dits. Cette particularité est non seulement objet du silence, mais aussi toute sa réalité reste à l'insu du survivant ; à cause du parcours complexe de sa traversée génocidaire, le clivage constitue le seul moyen de survie. Lors d'une conversation ordinaire autour du quotidien au Rwanda, une de mes connaissances

²¹ Réseau Scientifique International pour la Recherche et l'information sur le Rwanda et sur l'Afrique des Grands Lacs.

réagit en dénigrant l'intervention de sa collègue qui venait d'évoquer les chiffres publiés par *Human Right Watch* : « *Combien dénombrent-ils pour les femmes violées, condamnées au silence pour être porteuse de la maladie infligée ? Personne ne m'a demandé, ni telle, ni telle autre. Ce sont des chiffres approximatifs ceux qui n'en disent rien sont aussi nombreuses* » Telle est l'une des réalités inscrites dans l'ordre du non-dit et de l'insu. Car celui qui sait ne peut pas dire. C'est sur cette réalité qu'est axée la problématique de notre recherche-action. Nous pensons qu'un dispositif particulier est à concevoir pour briser ce silence mortifère. Nous y reviendrons et y consacrerons quelques pages explicatives.

Même si nous nous sommes gardée de mettre des chiffres que les recherches et rapports ultérieurs ont mis en lumière en rapport avec les conséquences du génocide que nous venons d'évoquer, nous trouvons important de préciser ce qui ressort de l'étude réalisée à l'échelle nationale (Munyandamutsa et Mahoro, 2009). Elle a motivé plusieurs initiatives dans le volet de la santé mentale quant à l'accentuation des recherches faites dans la suite et quant aux tentatives d'initier des dispositifs de reconstruction psychique de la population rwandaise. Cette dernière montre que sur 1 000 personnes, la prévalence des réactions de stress post-traumatique (PTSD) s'élève à 28.7 %. Parmi les caractéristiques de la population Rwandaise qui a participé à cette recherche, 13% sont des veufs/veuves. Parmi les causes du veuvage, l'assassinat représente 49,64%. Les deux chercheurs se sont renseignés sur le moment où ces assassinats ont eu lieu : l'an 1994 est ciblé à 88,41%, et la période post 1994 est représentée à 7,25%. L'apogée de l'assassinat est ciblé en 1994, année de repère historique pour la survenue des pertes tant humaines que matérielles. Les difficultés, de reconstruction psychique sont évidentes pour le Rwanda. Les mêmes difficultés se montrent encore aujourd'hui, car les repères pouvant permettre la symbolisation ont été détruits et le temps passé n'allège pas l'affaire. Les expériences génocidaires passées ailleurs soulignent cette réalité. C'est le cas de Namibie – l'ancien Sud-Ouest africain – de l'Arménie, de la Shoah, du Cambodge, etc.

Ainsi, avec cette réalité, on comprend pourquoi au Rwanda, l'après génocide a été et reste caractérisé par la nécessité de reconstruction continue du pays. La tâche la plus complexe est la reconstruction psychique du sujet survivant, d'autant plus qu'aucun outil d'intervention n'avait jamais été conçu pour soulager des souffrances psychiques inattendues (Godard, 2013). Celles-ci, qui persistent 21 ans après, montrent clairement l'inouï du génocide qui questionne sans arrêt la clinique des souffrances psychiques consécutives aux violences intentionnelles de l'homme sur l'homme. On n'est pas loin des pertes de repères (Munyandamutsa, 2001), de l'échec des représentations. Vu cette déchirure entre la personne et le reste de la communauté dans laquelle elle vit, une sorte de solitude, malgré la présence des autres, pèse ; on ne peut que penser à la « rupture communautaire » (Barrois, 1998) comme caractéristique essentielle de l'après génocide à laquelle le nouveau gouvernement avait à faire face.

Une nécessité, recréer le « NOUS », s'avère dès lors nécessaire. L'expérience nous place devant une impasse : la seule et l'unique question que nous nous posons depuis le début de notre expérience clinique persiste et nous conduit tout au long de cette thèse : « Comment procéder pour mieux faire... ? ». Dans ce contexte, notre tâche est d'aider à la reconstruction psychique du sujet. Or, nous savons qu'un tel travail part d'une demande. Même si on sait que face à la souffrance la demande est déjà là (Renders, 1991), chez le

Rwandais le sourire est le maquillage de cette souffrance, l'exprimer est la goutte qui fera déborder le vase. Nous n'arrêtons donc pas de nous poser la question liée à ce que l'on peut faire pour que la personne puisse exprimer sa demande implicitement ou explicitement. Quelquefois les demandes parviennent aux intervenants en santé mentale par diverses voies, médecins somatiques, police, membres de la communauté, rarement la personne elle-même formule sa propre demande. Notre question persiste surtout quand le sujet a à faire avec l'autre coup que constitue l'infection intentionnelle du VIH/sida, après le premier choc qu'est le génocide. Nous nous demandons ce que l'on peut faire de la réalité qui entoure cette problématique, celle que nous ne parvenons à approcher, mais sans la saisir dans sa totalité, qu'à l'intérieur des quatre murs du setting thérapeutique, pour les rares cas qui parviennent à se confier. Cette réalité qui fait souffrir et qui reste toujours silencieuse et cachée dans les couches de l'immensité du génocide parviendra-t-elle à trouver un cadre pour l'aborder en vue d'une reconstruction psychique de la victime ? Tel est le nœud de la problématique de cette recherche, dans un contexte particulier, celui du viol et de la transmission intentionnelle du VIH/sida. Voici les grandes lignes de ce contexte.

1.3.4. Viol et VIH, outils venimeux de génération en génération

Comme indiqué plus haut, une des situations d'effondrement de la structure vitale du corps autour de laquelle la parole est difficile, est constituée par les actes de viol sexuel, suivie par l'infection infligée au VIH/sida ; la personne est désormais condamnée au silence et à la honte. C'est d'ailleurs cette réalité qui constitue le nœud de la problématique de notre recherche-action. En introduisant son ouvrage, Vigarello (1998) commence par préciser que l'histoire du viol n'est pas écrite. Oui, les statistiques sont nombreuses, pour les cas qui ont pu sortir du silence ; on peut même trouver des plaintes déposées dans les instances compétentes pour ça. Cependant, les situations qui restent dans le format de l'indescriptible sont aussi nombreuses, malgré que les statuts des tribunaux pénaux internationaux pour le Rwanda considèrent le viol comme crime contre l'humanité ou comme élément constitutif du crime de génocide (Thys, 2003). Et ces situations restent le nœud de la souffrance de la victime. Comment sera-t-elle accompagnée ?

Dans les situations de conflit, le viol a été une arme puissante, particulièrement pour le cas du Rwanda ; une dimension inédite est l'association de ces viols à la transmission intentionnelle du VIH. Dès lors, le viol est à considérer comme une forme de torture, associée au plan exterminatoire, qui va se poursuivre sur plusieurs générations. Notre expérience clinique auprès de personnes en traumatisme psychique extrême lié au génocide nous apprend que le réel de cette forme de torture reste bien enveloppé dans l'immensité du crime : LE GÉNOCIDE en grands caractères. « *Tout est génocide* » dit-on. C'est lui l'ancêtre du mal, dirait Godard (2011). Mais, qu'est ce qui est au cœur de ce crime contre l'humanité ? « Un destin pire que la mort », disent les victimes de telles violences au

Rwanda, comme celle d'Arménie, comme l'a souligné l'historien danois Mathias Bjørnlund²².

Pour la situation du Rwanda, on sait simplement que le viol a été utilisé comme arme de guerre et comme élément constitutif du génocide à travers les chiffres fournis par le Ministère de la Famille et de la Promotion Féminine, en collaboration avec l'UNICEF. Mukamugema (2003, p. 84) reprend ces chiffres : pour 304 femmes ayant connu l'expérience du viol, la moyenne d'âge était de 24 ans. 28% parmi elles étaient âgées de moins de 18 ans. Celles qui étaient âgées entre 19 et 26 ans sont estimées à 45.75% et 1.6 % étaient âgées de plus de 45 ans. Si le seul moyen d'estimer le niveau des violences sexuelles commises n'est que l'extrapolation basée sur le nombre des femmes enceintes, comme le dit le même rapport (Mukamugema, 2003), il est compréhensible que les cas de femmes violées qui n'ont pas été enceintes n'en font pas partie. Au sujet des chiffres et de la prise de conscience de la réalité que renferme le génocide, Marie-Odile-Godard indique encore : « Cent jours pour huit cent mille à 1 million de morts. Ces chiffres ne nous disent rien de la cruauté de l'exécution de ce génocide. Ils la masquent plutôt et l'enferment dans la généralité qui cache ce que chaque génocidaire a vécu et chaque supplicié a subi » (Godard, 2014, p. 66)

L'expérience clinique nous témoigne d'autres situations complexes qui questionnent les dimensions de ces viols sexuels et qui brouillent toute tentative de comprendre le déguisement du plan génocidaire pour lui conférer le caractère éternel de destruction. Parmi les cas que nous avons rencontrés dans la clinique, ou même dans le contexte de dialogue quotidien entre les proches, il y a ceux qui nous ont répété les mots ineffaçables qu'ils ont entendus de leurs violeurs : « *Toi, nous allons te tuer comme ça ! Et après, tu vas tuer beaucoup plus que nous* » ; « *Que tu meures de chagrin au lieu de me salir en versant ton sang* ». Cela renvoie à la dimension presque inédite de ces viols commis pendant le génocide : la transmission volontaire du VIH. Rare est la littérature qui associe ces deux entités. La gestion des conséquences psychologiques qui en découlent est compliquée par ce cynisme qui veut inscrire à jamais l'intentionnalité de la transmission du venin pour des nouvelles générations. « *Je te donne pire que la mort.* »

Si de telles situations restent dans l'ordre du non-dit, ce n'est pas parce que les espaces pour parler de cette réalité ont fait défaut ; il y avait même des personnes qui avaient les compétences suffisantes, juridiques en même temps que thérapeutiques, pour participer à la reconstruction de la victime. Mais un tel témoignage serait à quel prix ? Quel serait le risque pour la victime, seul témoin de son calvaire ? Les propos de Mujawayo & Souâd (2011, p.274) témoignent d'une déception vis-à-vis de certains espaces qui devaient accueillir cette réalité complexe : « à AVEGA, nous avons encouragé les femmes à témoigner, malgré leur honte, au Tribunal International qui reconnaît le viol comme crime ; (...) mais, on est tombés des nues ! » Y'aurait-il d'autres espaces où la victime peut avoir le droit ou la possibilité d'exprimer sa souffrance dans une ambiance différente ? Voici ce

²² <http://armeniantrends.blogspot.be/2011/03/violence-sexuelle-et-genocide-armenien.html>

qu'en disent Thierry Cruvellier et Franck Petit à travers le fax envoyé à la conférence d'*Ibuka* en novembre 2001 :

Le témoin T.A., victime de multiples viols en 1994, a dû affronter pendant deux éternelles semaines un tribunal à la dérive... L'avocat de la défense interroge le témoin sur la façon dont elle a été déshabillée avant le viol. Ses questions insistantes sur sa jupe qu'elle aurait gardée ou pas provoquent les premiers éclats de rire. Sur les écrans du circuit de télévision interne, la caméra semble chercher avant de se fixer sur les trois magistrats. Ils sont hilares. Tous les trois viennent de librement s'esclaffer. Le président étouffe vite son rire dans une expression d'intérêt amusé, le pouce sur la joue et l'index près de la bouche, le corps replié après la détente, le regard comme embué par ce brutal relâchement... (Godard, 2014, pp. 250-251).

À ces propos, nous pouvons associer aussi le constat de Munyaneza (2011) face à l'impossibilité de trouver les mots pour décrire les viols sexuels commis pendant le génocide. Il souligne que les femmes violées éprouvent toujours des difficultés à expliquer ce qui leur est arrivé, de crainte qu'elles ne soient stigmatisées, objet de discrimination et de maltraitance non seulement de leur conjoint, mais aussi par le reste de la communauté, vu la conception de la sexualité dans la culture rwandaise. Écoutons :

Il est extrêmement difficile de savoir comment telle ou telle a été violée. Ce crime n'est passible d'aucune amende et on ne trouve pas d'intérêt à accuser quelqu'un qui vous a « connue ». On rigole sur vous et des fois c'est déshonorant devant ceux qui auraient besoin de toi, tes connaissances et tous les participants (Munyaneza, 2011, p. 87).

Et si le violeur ne peut pas dire, car ce serait s'accuser, si la victime de son côté ne peut pas oser prononcer aucun mot là-dessus de crainte qu'elle ne se livre aux moqueries et à la stigmatisation, va-t-elle garder cette souffrance pour longtemps ? Pire encore, dans le présent contexte, il y a aussi le VIH/sida qui complexifie la possibilité d'élaborer cet héritage traumatique (Altounian, 2012). Tant le silence que la parole constituent pour la victime une tâche qui requiert une énergie psychique énorme.

Les juridictions Gacaca ont aussi offert un espace où on pouvait évoquer toutes les réalités qui entourent le génocide. Bien que conçu avec les balises culturelles du peuple rwandais – dans la tradition, les juridictions Gacaca n'étaient pas habilitées à juger des crimes de sang (Coquio, 2004), mais, en raison de nombre de cas à juger, on y a fait appel – il a toujours été difficile d'aborder les thématiques qui s'inscrivent dans l'ordre de l'intime dans l'espace public, sauf pour ceux pour qui le vase a débordé. La clinique témoigne aussi de la face perverse de ces juridictions (Munyandamutsa, Godard, & Mutarabayire-Schafer, 2012 ; Munyandamutsa, 2008 ; Godard, Munyandamutsa, Mutarabayire-Schafer, & Rutembesa, 2012 ; Godard, 2013). C'est d'ailleurs pour cette raison qu'*Ibuka* a pensé à l'aménagement d'un espace qui puisse permettre que cette horreur soit dénoncée. L'espace était conçu dans la logique de réduire l'assemblée pour qu'il ne faille plus témoigner publiquement, mais uniquement devant les juges, la police et l'intervenant en santé mentale. Ensuite les groupes post-gacaca ont joué un rôle dans la prise en charge des victimes (Godard, Munyandamutsa, Mutarabayire-Schafer, & Rutembesa, 2012).

En général, les réalités affreuses qui entourent le génocide et son après, ont été, une à une, l'objet du thème annuel pour la commémoration. Le thème étant choisi en fonction du message que l'on désirait faire passer, comme quelque chose à combattre énergiquement, ou à promouvoir pour la reconstruction et du survivant et de la société tout entière. C'est l'un des devoirs que s'est assigné la politique de mémoire conçue comme un outil de reconnaissance internationale, mais aussi de construction de l'unité nationale et plus largement de réconciliation.

Un détail, capital, le fait de violer avec l'objectif de transmettre sciemment le VIH/SIDA, reste « *enterré dans les ventres* » des victimes, cela étant non seulement un crime pour une seule génération, mais aussi pour les suivantes. C'est l'expérience qui nous a appris qu'on trouve chez certaines personnes qui commencent à témoigner de ce qu'elles ont vécu une faille insurmontable qui pouvait les plonger dans des émotions énormes ou dans un silence paralysant l'assemblée. Cela pouvait être des actes monstrueux subis, y compris des viols. C'est de ce chaos émotionnel que vient l'idée de transmettre des messages d'espoir, plutôt que de se laisser effondrer dans les émotions que le passé fait monter.

Nous apprenons de l'Association des Veuves du Génocide (AVEGA) qu'un 1/3 de ces femmes violées pendant le génocide ont, de ce fait, été infectées par le VIH/sida. Le Tribunal Pénal International pour le Rwanda (TPIR) affirme que celles qui ont pu témoigner au TPIR recevaient une prise en charge médico-psycho-sociale de la part du même tribunal. Cependant, celles qui n'ont jamais eu de telles rencontres avec la juridiction devaient lutter, presque toutes seules et dans le silence, contre les séquelles du viol²³. Même ces dernières qui ont pu témoigner n'ont pas été épargnées et furent l'objet de moqueries et de stigmatisation (Munyaneza, 2011, Godard, 2014). La dimension qui est portée aux yeux du public est seulement celle des viols sexuels, car on sait déjà par l'histoire que les viols sexuels sont une arme de guerre. Rares sont les cas associant cette réalité à la superposition de la transmission intentionnelle du VIH. La problématique de cette recherche émerge sous cet angle et interroge l'aménagement d'espaces qui permettront l'élaboration d'une telle réalité afin que l'on puisse entreprendre le processus de reconstruction.

Particulièrement pour ce génocide, la destruction totale des femmes et des enfants était programmée pour apporter une solution finale à l'ennemi : il n'y aurait plus de nouvelle génération (Ricci, 2014). Pour cette raison, les meurtriers ont visé en particulier les femmes tutsies, elles furent violées, torturées avant d'être mutilées de certaines parties du corps et invalides pour le reste de leurs jours, ou infectées du VIH/sida pour en fait transmettre cette maladie aux générations suivantes. Ce dernier coup impose le silence et pousse le sujet loin des autres. En bout de ligne, la destruction totale des Tutsi ne devait se faire qu'en détruisant la femme, élément important pour générer d'autres générations tutsi, car aux yeux des meurtriers, les femmes et les enfants laissés dans les années 1959, 1963 et autres épisodes génocidaires sont les géniteurs du FPR constitué par les descendants des exilés.

²³<http://www.hirondellenews.com/fr/tpirrwanda/175-vie-institutionnelle/11041-100707-tpirgreffe-environ-250000-femmes-violees-pendant-le-genocide-selon-le-tpir4850>

Pour ce génocide, il ne fallait donc pas permettre qu'il y ait une nouvelle génération constituée par « les ennemis du pays », comme on les appelait pour les déshumaniser, semer la haine, « annuler le symbolique » (Waintrater, 2011, p. 153), pour que tuer soit possible. Dans ce cas, c'était une occasion de laisser comprendre que tuer n'est pas contre la morale. La mère survivante demeure dans une illusion de survie, mais malgré tout elle reste la pierre angulaire dans le processus de reconstruction, bien que les crimes généalogiques commis, pour parler des viols sexuels dans le langage de Ntampaka (2003), lui ôtent une place dans sa communauté. Ce crime est orienté non seulement sur la victime mais aussi sur les futures générations ; les écrits soulignent le caractère « transhistorique, universel, stratégique et résolument contemporain » (Ricci, 2014, p. 96). Quand les Nations Unies (2013)²⁴ parlent de leurs travaux autour de l'appui pour le Rwanda dans les différents services, il souligne son objectif de mettre fin à la violence sexiste en appuyant les services intégrés qui offrent des services polyvalents aux 4 714 survivants de violences sexistes (49 % de femmes, 46 % d'enfants et 5 % d'hommes). Au niveau du Ministère de la santé, le même rapport de l'ONU souligne que ce Ministère a été secondé sur les plans tant technique que financier pour la mise au point d'expansion des centres. Il souligne également sa contribution dans la mise en œuvre d'une démarche multisectorielle de prévention et de traitement du VIH/sida afin d'établir une meilleure coordination et de mener une recherche plus pointue. Grâce à l'élaboration de plans stratégiques liés au VIH et à l'élimination de la transmission de la mère à l'enfant, ce rapport souligne que le Rwanda est en passe d'atteindre l'objectif de l'accès universel au dépistage et au traitement du VIH. 95 % des personnes touchées par le VIH sont aujourd'hui prises en charge. Cela ne répond pas à nos soucis d'aménager des espaces pour le déploiement de la parole afin de mieux accompagner les victimes des viols sexuels et de la transmission intentionnelle du VIH/sida.

L'assistance est donc accordée à la prévention, à la formation sur l'égalité entre les sexes, sur le VIH et les conflits liés aux droits de succession. Toutes ces activités sont aussi nécessaires et importantes. Notre regard et notre questionnement restent axés sur ce que l'on peut faire pour ceux qui sont anéantis par le double destin du génocide et de la transmission intentionnelle du VIH. Ces derniers sont rarement comptés parmi les gens qui bénéficient de ces assistances, car d'une part ils ne sont pas connus, d'autre part ils ne se sentent pas concernés. Quelquefois, ils se mettent à l'écart pour ne pas se faire percevoir comme personne vivant avec le VIH/sida. C'est ainsi qu'une personne consternée par ce double destin, faisant confiance à l'autre, lui dira :

« Sida yica bamwe igakiza abandi, c'est-à-dire, le sida tue certaines personnes et les autres s'enrichissent » ou encore « notre sida n'est pas le sida comme celui des autres. » « Imaginer faire la file avec les prostituées de M... (Nom du quartier) comme si nous aussi nous sommes des putes ; même les publicités sur les panneaux. On nous place dans le même panier. Personne ne songe à nous... »

²⁴ Rapport Aide aux survivants du génocide de 1994 au Rwanda, en particulier aux orphelins, aux veuves et aux victimes de violences sexuelles (A/68/497).

Notre question reste autour de ce que l'on peut faire pour mieux soulager les souffrances invisibles qui restent enterrées dans les ventres (Lebon, 2012) de la victime. Il y a eu la volonté de certaines victimes qui se sont levées pour dire non, mais leurs voix restent à l'intérieur des murs des pièces où elles se sont rencontrées pour pleurer leurs souffrances (Mujawayo, 2004). Les autres ont pris le courage de se mettre dans l'espace public (Derveaux & Deversailles, 2014). Différentes associations locales des femmes s'entraident pour se créer des espaces de reconstruction. Elles sont nombreuses et les membres sont généralement les mères.

Vu la place que ces dernières détiennent et dans la société rwandaise et dans la présente recherche-action, dans cette partie contextuelle nous voudrions lui accorder quelques pages pour une mise en perspective socio-anthropologique servant de grille de lecture de la nature de la souffrance que les mères nous expriment. La description s'inspire de certains travaux faits autour de la culture rwandaise ou d'autres cultures africaines proches, telles que la culture burundaise, et particulièrement les travaux qui se penchent sur la structure du système familial. Nous nous inspirons également de ce que les sources orales disent, car ces sources ont été longtemps un canal de transmission. Ces travaux sont principalement ceux de Kagame, 1954 ; Bigirumwami, 2004 ; Galabert, 2012 ; Byanafashe, 1997 et Ntampaka, 2003.

1.4. Les mères

Par les mères, on sous-entend les enfants, mais aussi les pères, ainsi que la famille et, par extension, la communauté, la société, la nation. En écrivant le titre « Mères » au pluriel, nous nous situons dans le Rwanda post-génocide pour désigner leur solidarité. La mère au singulier désigne chacune des mères dans son foyer. Bien des changements se sont opérés, pour elle, et par elle. Nous concevons le sens de la mère dans cette logique de chaîne dynamique qui pour nous se résume à la vie par sa responsabilité majeure de donner la vie et de vivifier. À partir des valeurs de référence et de l'éthique rwandaise que Galabert (2012) retrace, on peut faire ressortir cette image de la mère comme une vie. Parler de mère revient à parler de femme. L'intitulé de cette partie reprend la personne-objet de la recherche, mais tout au long de nos propos dans ces lignes, nous utilisons aussi la dénomination de femme et/ou de fille. La notion de mère est utilisée pour souligner ses responsabilités maternelles, tandis que celle de la femme ou de fille renvoie simplement à la féminité. Les lignes qui suivent relatent le portrait de la mère telle qu'elle était et telle qu'elle est.

Dès sa naissance, une enfant-fille est éduquée pour être femme afin d'être mère. Ce développement est le meilleur vœu que les Rwandais pouvaient s'adresser les uns aux autres. *Urakabyara umukobwa* : Puisses-tu mettre au monde une fille, *Urakabyara ubyaje inka*, Puisses-tu mettre au monde et avoir le lait de vache pour le bébé. Comme pour souhaiter une longue vie heureuse, les Rwandais disaient : *Urakabyara uheke* ; *uragatunga utunganirwe*, Puisses-tu avoir des enfants et les éduquer, Puisses-tu avoir ce que tu désires et puisses-tu être heureux. Cela sous-entend un souhait pour une vie de longue durée. Car

on est supposé engendrer, éduquer, prendre plaisir à voir comment les enfants évoluent et eux aussi engendrent d'autres enfants. Ainsi des grands-parents, on peut dire, qu'ils sont heureux dans leur vieillesse. En plus de la fécondité et de la longévité exprimée dans les vœux, « *urakabyara uheke* », il y a aussi une autre dimension de la fécondité des troupeaux exprimé dans « *uragatunga utunganirwe* ». Cette façon de canaliser la vie principalement dans la fécondité est une raison qui fait que l'enfant-fille fut éduquée pour accomplir cette tâche et assumer les responsabilités qui s'y rapportent.

1.4.1. Place de la mère dans la société traditionnelle rwandaise

Comme nous l'avons indiqué plus, haut, l'enfant-fille était perçue comme une future mère. Et une future femme et mère. Elle pouvait recevoir des noms qui relatent ce que la culture lui a prescrit ou ce que les parents attendent d'elle. Toutes les filles sont communément nommées *Nyampinga*²⁵ pour signifier qu'elle partira de chez elle, pour aller à l'une ou l'autre colline indéfinie, n'importe où elle trouvera un mari pour devenir son épouse et ainsi lui appartenir, devenant ainsi *Muka+nom masculin ou Imana* (appartenance)... pour dire la femme de tel, comme les parents nomment souvent leur enfant. Un autre nom que les parents pouvaient attribuer à leurs enfants filles pour prédire ce qu'elles seront ou pour exprimer leur véritable souhait est *Umubyeyi* (mère) ou encore *Nyinawumuntu* (Mère de l'homme). La fille, convaincue qu'elle serait mère comme sa mère, se réjouit narcissiquement, même de sa souffrance, à l'image de sa mère à qui elle s'identifie en premier lieu, et se sent rassurée (Le Guen, 2001). Cette façon de concevoir les choses ainsi installaient une sorte de détachement de la fille de chez ses parents et l'attachait ailleurs. Cependant, elle restait toujours avec un sentiment d'appartenance chez ses parents. Ce paradoxe était bien géré en s'appuyant sur cette façon de dire « *umubabaro w'umugore, ni wo munezero we* », pour dire que la joie d'une femme prend naissance dans sa souffrance. Elle acceptait sans discussion qu'elle ne peut pas recevoir autant d'héritage de ses parents que ses frères. Eux aussi ne pensaient pas qu'elle appartient à l'autre.

Cependant, la fille était est considérée par la société rwandaise traditionnelle comme une source de richesse pour sa famille. C'était un honneur pour ses parents de la doter, quand leur fille franchissait un pas, de fille en femme. Quand elle mettait au monde, c'était encore un honneur pour ses parents, que leur fille franchissait un autre pas, de femme en mère. Ainsi, la fille devenait source de liens entre les deux belles-familles. C'est ça que les Rwandais appelait « *amaboko* : les bras », créant ainsi une solidarité entre les membres de la famille élargie. Quand elle ne parvenait pas à se marier, ou quand les conflits avec son mari devenaient insupportables au point qu'elle revienne chez elle, elle pouvait simplement avoir une petite parcelle avec une petite maison, que l'on appelait « *akazu k'uburushyi* »²⁶. Comme la fille n'avait pas droit à l'héritage ni n'était comptée parmi ceux qui ont droit à la

²⁵ *Impinga*, veut dire les collines. (Nya-impinga),

²⁶ *Akazu* est le diminutif d'*inzu* (au sens de maison et non de groupement des familles). *Uburushyi* signifie le malheur. Mais dans ce contexte, s'ajoute une dimension de responsabilité. La femme en retour de chez soi est donc obligée de faire tout seule, car elle est désormais seule.

succession (Ruhashyankiko, 1984, cité par Ntampaka, 2003), les parents avaient quand même le devoir de lui construire cette « case de misère » une fois qu'elle était définitivement répudiée par son mari.

1.4.2. Responsabilités de la mère dans la société traditionnelle

Parler du rôle de mère nous renvoie à parler des qualités pour lesquelles elle a été préparée depuis qu'elle est petite fille, principalement par sa mère, ses tantes ou ses oncles. Dans le Rwanda d'avant, la femme était considérée, et elle le reste, comme le cœur de la famille « *umutima w'urugo*, (le cœur du foyer) ». Les Rwandais soulignaient sa place dans le foyer à travers plusieurs proverbes tels que « *Ukurusha umugore akurusha urugo*, (Celui qui a une bonne femme a un foyer plus heureux que les autres) ». La bonté de la femme lui accorde de la valeur et de la sympathie dans sa belle-famille ; si elle parvient à mettre au monde les enfants de deux sexes, c'est le paradis sur terre, dira-t-on. Le foyer dispose d'amis bons et nombreux, à cause de la femme, car on disait que « *Urugo²⁷ ari urugendwa* », le meilleur foyer est celui qui est fréquemment visité. Dans ce cas, la femme dispose aussi des qualités de propreté, de générosité. On disait là-dessus : *Umugore ni nyirabisabo*, pour dire la mère est la nourricière du foyer, la dispensatrice de soins.

Il faut signaler que dans le Rwanda traditionnel le rôle de la femme ne provenait que de la représentation que l'on se faisait d'elle comme « le symbole de la vie » (Ntampaka, 2003). Dans le cas contraire, elle était maltraitée et par sa belle-famille et par sa propre famille parce qu'elle était infertile. On disait que la bonne marche du foyer dépendait de la femme. Et c'est pourquoi, on disait que qui a la bonne épouse a le bon foyer. À travers les rôles sociaux qui lui étaient confiés, c'est elle qui influençait aussi la vie psychique des autres membres du système familial. En général, c'était elle qui, au sein de la famille, réglait le rythme de la vie, c'est elle qui déterminait le temps de sommeil et donc des rêves. Une telle épouse était considérée comme la couronne de son mari et témoignait de la bonne éducation qu'elle avait reçue de sa mère. On comprend par là combien la mère jouait un rôle important, non seulement dans son foyer, quant à ses facultés pour le faire prospérer et éduquer des enfants, mais aussi la femme rwandaise était efficace dans son voisinage. Tout l'honneur revenait à son mari.

Malgré ce rôle de la mère si efficace, bien que discret (Ntampaka, 2003) et à laquelle la mère devait préparer la fille, cela n'empêchait que dans la société traditionnelles rwandaise, les filles étaient perçues comme des êtres faibles qui devaient toujours être protégés. En cas d'échec, on disait « la fille est à sa mère ». Même l'enfant garçon qui ne se débrouille pas bien dans la vie appartenait automatiquement à sa mère, alors que dans la société rwandaise, le mode de filiation qui compte est la parenté paternelle. À un geste mal posé, on pouvait dire, *Uri uwa nyoko*, (tu appartiens à ta mère) c'était une sorte de

²⁷ L'*Urugo* signifie normalement enclos, la délimitation de l'espace, propriété privé de la personne. Mais dans ce contexte, *urugo* signifie foyer. La maison de quelqu'un ne devenait *urugo* que quand il y avait la femme.

déconsidération de la femme. C'était une injure qui insinuait que l'enfant avait hérité du mauvais caractère de sa mère. Cette injure était utilisée uniquement quand l'enfant avait affiché un mauvais caractère. Car pour l'homme, même s'il est fautif, lui était toujours pardonnable. Les Rwandais accordaient toute la raison à l'homme dans ce proverbe : « *amafuti y'umugabo ni bwo buryo bwe*, L'homme a toujours raison ». Mais, aussi paradoxal que cela puisse paraître, la mère reste l'objet important qui détermine ce que sera son enfant ; on dit pour cela, « *umwana ni nyina* », « l'enfant ne dépend que de sa mère ». Par conséquent elle reste l'objet le plus recherché, son deuil est interminable. C'est ce que les Rwandais expriment dans ce proverbe : « *akabura ntikaboneke ni nyina w'umuntu* », c'est-à-dire « irrécupérable est la perte de la mère ». Comme conséquences des difficultés de liquider le deuil pour la perte de la mère, les Rwandais ont ce dicton : « *iyi inkoko ivuye mu magi arabora* », littéralement : quand la poule cesse de couvrir ses œufs, ces derniers moisissent. Cela, pour souligner non seulement le rôle éducatif, mais aussi celui de maintenance de liens voire de protection de la mère qui ne lâche jamais ses enfants. Ce proverbe valait même quand la mère n'était plus présente dans son foyer pour des raisons de conflit avec son mari.

Nous voulons dire que la mère a été la personne qui joue un rôle prépondérant dans son foyer et dans sa communauté. Tout se faisait discrètement et l'honneur revenait à son mari et à sa famille d'origine. Avec l'évangélisation, la scolarisation et les changements socio-économiques introduits dans la vie des Rwandais, la façon de percevoir la femme a progressivement changé et les clichés attribués aux enfants des différents sexes ont changé avec le temps. L'enfant fille comme l'enfant garçon a les mêmes droits chez lui. Cependant, pour certaines personnes conservatrices, la mère n'existe que pour l'homme et reste la seule responsable quant à l'éducation des enfants. Il y a une préférence aussi pour le garçon par rapport à la fille dans certaines familles ancrées dans la tradition, mais les arguments sont multiples, incluant principalement le fait que, après le génocide, le garçon est plus recherché dans la famille pour des raisons de pérennité de la famille et du clan, de la défense et de la protection des biens de la famille (UNFPA, 2002).

Terminons cette partie en articulant le système familial rwandais par rapport aux liens sociaux. La famille rwandaise se voulait aussi large que possible. Le père est à la tête de cet ensemble de personnes et va transmettre le savoir à celui qui sera le chef de famille, généralement un de ses garçons. Le rôle de la mère décrit plus haut peut se résumer à la procréation et à l'éducation des enfants. Chaque enfant, garçon ou fille, était éduqué pour ses futures responsabilités, le garçon pour être futur père et la fille future mère.

Même si nous évoquons le père, la mère et les enfants, nous sommes loin de réduire la famille uniquement à cette famille nucléaire. Nous n'avons pas l'ambition de retracer les généalogies familiales. Galabert (2012) les retracent soigneusement avec des exemples à l'appui sous le chapitre focalisé sur « les matrices du lien social » (p.155). Nous voulons simplement évoquer l'étendue de la famille qui veut des liens bien tissés solidement, à partir des valeurs traditionnelles d'*ubwenge* (sagesse), *ubupfura* (honnêteté), *umutima* (cœur, pour dire la bonté), *ubugabo/ubutwali* (héroïsme) et *ubunyangamugayo* (intégrité) qui devraient en principe caractériser les Rwandais. La femme devrait en principe être

perçue comme un exemple. On disait pour parler de l'exigence faite aux femmes d'observer ces valeurs par rapport à l'homme : « *ikigoryi cy'umugore ntigisa n'ikigoryi cy'umugabo ou, nta mugabo uba ikigoryi* », c'est-à-dire, la maladresse de la femme ne ressemble pas à celle de l'homme ou aucun homme n'est maladroit. Cela pour souligner que la femme doit être réellement le cœur de la famille, en apportant sa douceur pour régler les conflits. On transmettait ce genre d'éducation dans ce proverbe : « *umukobwa, agira inzara, ntagira inzigo* : la fille connaît la faim, mais elle ne connaît pas la rancune. » Pour bien observer ses valeurs, la modération et la maîtrise de soi, jusqu'à réprimer le contenu émotionnel, sont cultivées. L'objectif était de sauvegarder les liens tissés entre les membres de la famille aussi large que possible, y compris les amis que le travail de construction de liens a fait membres de la famille. On appelait ces liens tissés *ubuvandimwe*, la relation existant normalement entre les frères et sœurs, *Abavandimwe* en Kinyarwanda, qui signifie littéralement les sortants du même ventre. Cela prescrivait implicitement le travail dans l'unité en essayant dans la mesure du possible de prévenir les jalousies et les conflits de voisinage (Galabert, 2012) avec l'idée que l'intérêt du groupe prime sur l'intérêt de l'individu. Nous voulons concrétiser le fonctionnement et l'importance du groupe dans lequel la mère agit efficacement mais discrètement par cette citation :

Il ne faudrait pas pour autant déduire de cela que l'harmonie des rapports sociaux est le fruit mécanique d'une soumission passive aux préceptes traditionnels. La concorde découle tout aussi bien de la nécessité vécue par les membres d'une famille de rester unis pour défendre ensemble les intérêts du groupe. Ce qui constitue la sécurité et la force du collectif, ne sont pas des individus en particulier, mais la collectivité elle-même, l'union étroite et l'esprit de solidarité qui en est le principe fondateur. La solidarité au sein d'une famille n'est pas choisie ou refusée, elle est la condition d'existence même des membres de la communauté familiale (Galabert, 2012, p. 305).

On ne peut pas terminer la description du rôle de la mère dans la société traditionnelle rwandaise sans parler de sa relation particulière avec l'enfant.

1.4.3. Relation mère-enfant dans le Rwanda traditionnel

Au Rwanda, l'enfant est plus que la descendance. Il occupe une grande place dans sa famille et dans la société tout entière. Il est le chef au sens de la personne qui mérite la priorité. L'enfant est non seulement une bénédiction pour ses parents, mais il est aussi la joie et la couronne de fierté pour ses parents et la force vive de toute sa famille. Comme la mère, l'enfant est aussi une main d'œuvre pour le travail. C'est lui qui constitue le lien solide entre les familles élargies de ses parents (Galabert, 2012). Dans les sociétés patrilinéaires comme la société rwandaise, la naissance de l'enfant inscrit à jamais la femme dans sa belle-famille. C'est donc de l'enfant que la mère obtient un chez soi. Galabert (2012) a remarqué ceci :

Dans le système de parenté patrilinéaire rwandais, la femme adopte par son mariage le lignage auquel elle apporte des enfants. Traditionnellement, la femme déclarait à haute voix

en entrant pour la première fois dans le rûgo des beaux parents : « l'urugo de mes parents est pour moi détruit, je vais construire celui d'autrui » (Galabert, 2012, p. 167)

Déjà cette recherche d'un chez soi justifierait la relation mère-enfant. En se basant sur la conception traditionnelle rwandaise, on disait que la relation mère-enfant dépendait de l'image qu'elle a d'une mère. Cette image, elle l'a eue de sa mère qui l'a éduquée pour devenir aussi mère, depuis qu'elle était encore petite fille, à savoir que la femme est le lieu de la conception, porteuse et nourricière de la précieuse semence de la vie. Elle était donc comparable à la terre. Cela la rendait respectable, plus particulièrement quand elle était mère (Guillaume, 1957, cité par Ntampaka, 2003, p. 54). Les sources orales disent que la bonté d'une femme pouvait aussi faire qu'elle devienne mère d'autres enfants ayant besoin de ses soins. Au sein du système familial, l'image maternelle qui reflète la douceur est principalement présente pour apaiser, tempérer par son affection chaleureuse l'autorité du père. Ce climat tempéré en famille était le pilier de l'éducation des enfants, garçons et filles. Les enfants étaient attachés à leur mère, principalement les garçons : la mère intervenait souvent comme médiatrice de conflits entre les enfants et leurs père (Galabert, 2012). Dans les familles rwandaises traditionnelles, tous les enfants n'avaient pas la même place même si on le disait ouvertement. Les enfants garçons étaient préférés par tous les parents, particulièrement par la mère ; le garçon, lui qui est l'héritier, inscrivait définitivement sa mère dans la belle-famille, contrairement à la fille qui était considérée comme une enfant qui irait ailleurs.

Les résultats d'une étude réalisée en 2002 par UNFPA²⁸ révèlent que la préférence entre garçons et filles persiste même actuellement dans certaines familles. Pour des raisons diverses, il y a encore certaines personnes qui accordent plus de valeur aux garçons qu'aux filles. D'autres ont un net penchant pour les filles. Selon les résultats de cette étude, le garçon est considéré comme le garant de la pérennité de la famille et de son clan par sa progéniture, d'autant que c'est le garçon qui hérite des biens de sa famille. Une autre raison que l'on donne, c'est qu'il apporte un appui matériel, moral et financier à ses parents et aux autres membres de la famille en cas de besoin. Le garçon est perçu comme un instrument de sécurité. Pour sa mère, en cas de divorce, ou de veuvage, elle pouvait espérer regagner son foyer sous l'influence de son fils.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, la relation mère-enfant est principalement celle d'éducatrice, préparant chacun des enfants à ce qu'il sera une fois qu'il sera adulte. La mère puisait constamment dans le répertoire des valeurs culturelles pour entretenir les enfants. La relation mère-enfant n'est pas seulement duelle. Oui, l'enfant appartient à ses parents, mais aussi à la communauté surtout quand l'enfant arrive à un certain âge. Dès ses premiers jours, l'enfant est nourri par sa mère au sein, porté sur le dos durant les travaux. Le porté-bébé s'appelait « *ingobyi* » qui signifie placenta. Cela fait référence à la relation symbiotique de la mère à l'enfant quand la mère était encore enceinte, durant toute la période d'enfance, jusqu'à ce qu'il soit l'enfant qui puisse suivre les autres. La mère était fort présente dans les premiers jours de l'enfant. C'est elle-même qui le nourrissait au sein

²⁸ United Nations Population Found.

maternel et le berçait jusqu'à son endormissement en lui chantant une berceuse (*ibihozo*) *Ni nde undilije umwana ?* (Qui fait donc pleurer mon enfant ?) La mère voulait donc témoigner à son enfant qu'elle est encore là, que personne n'approchera l'enfant pour lui faire peur. Par ces soins maternels précoces, l'enfant va ainsi grandir en développant un attachement particulier à sa mère.

Loin de les concevoir comme étant « diluées », les relations de la mère à l'enfant restent soudées. Même si l'enfant commence à suivre les autres en Kinyarwanda, on dit que le cœur de la mère ne se sépare jamais de ses enfants. Même à l'âge adulte jusqu'à la vieillesse, généralement la personne reste enfant face à ses parents. En cas de malheur qui survient à un descendant, traditionnellement on disait que la mère le ressent par quelques symptômes psychosomatiques, telles que des palpitations, des maux de dos et de ventre. Le dos, le cœur et le ventre étaient les organes interpellés pour véhiculer une sorte de télépathie sur fond de prémonition tragique. C'est à ce moment que la sagesse traditionnelle exigeait de la mère de l'annoncer aux autres, comme un appel au secours pour aller rendre visite aux membres de la famille en danger. Elle ramassait ce qu'elle ressentait à travers ces symptômes dans ce dicton : « *amabere yikoze atonsa*²⁹ » La relation construite entre la mère et les enfants fait que sa présence était toujours régulatrice des conflits transgénérationnels des membres du groupe familial, même sans qu'elle soit tout près d'eux. On se gaudait de se chamailler pour ne pas chagriner la mère de la famille.

Pour terminer cette partie liée à la mère, disons qu'au Rwanda, la mère a joué un rôle important dans sa famille. Voyant l'ampleur de ses responsabilités, on comprend immédiatement que la famille au Rwanda n'était pas seulement nucléaire. Elle compte déjà d'autres membres des familles élargies groupés en plusieurs foyers. Elle s'étend de l'*urugo* (foyer), à l'*inzu*³⁰ (maisonnée) et à l'*umuryango* (maisonnée) (Byanafashe, 1997). Les anthropologues, les sociologues et historiens, croisés dans les travaux de Galabert (2012) sur le Rwanda, attachent une importance au fait d'avoir un même ancêtre pour faire une même famille. Cependant, les sources orales soulignent aussi le rôle des liens entre les familles, les belles-familles et le voisinage. Cela se faisait à partir des valeurs de référence et d'éthique sociale (*ubupfura*, *ubwenge*, *ubumwe*, *ubugabo*) que Galabert (2012) explique. Les liens tissés à partir de ces valeurs pouvaient inscrire l'autre parmi les membres de la famille tout comme ils pouvaient exclure même celui qui est lié à la famille par consanguinité, une fois qu'il n'est pas intègre. C'est dans cette dynamique complexe, ayant évidemment un chef (père) que la mère joue son rôle pour prolonger l'étendue de ses relations avec les enfants, mêmes quand ils sont déjà parents.

²⁹ Expression presque intraduisible. Il s'agit d'un sentiment vague de tristesse, ou de souci pour l'un des membres de la famille, particulièrement son enfant ou une autre personne à qui elle est liée d'amitié profonde. Littéralement, cette expression signifie que les seins de la mère laissent couler le lait maternel alors que la mère n'est plus allaitante. Le sens réel de ce dicton « *amabere yikora atonsa* » signifie, le fait d'éprouver un sentiment de l'ordre de la télépathie maternelle, c'est-à-dire, le pressentiment d'un malheur imminent, intuition d'un danger qui plane dans l'air, et qui rode pour détruire.

³⁰ Le sens que l'on entend directement dans *inzu*, n'est pas directement le lignage. Mais plutôt une maison d'habitation (Maquet, 1952) cité par Galabert (2012, p. 169). Même chose pour *Urugo*, il est aussi polysémique comme plusieurs autres concepts. Il faut qu'il soit pris dans un contexte pour avoir son sens.

1.5. Mère survivante

Parler du contexte de la mère survivante revient à historiciser les événements qui ont jalonné son histoire et qui définissent son portrait de mère et de femme. Comme nous l'avons détaillé dans le chapitre précédent, le génocide perpétré contre les Tutsi, les guerres qui l'ont précédé et celles qui l'ont suivi et qui continuent de ravager toute la région, ont fait et font que la mère n'est plus ce qu'elle était. Tous ces événements, particulièrement le génocide, ont été des éléments qui ont fait que la femme soit portée dans l'espace public comme cela n'a jamais été.

Plus haut, nous avons montré la place de la mère dans la société traditionnelle rwandaise. Elle jouait un rôle important dans son foyer, mais elle était toujours perçue dans sa position de faiblesse, comme quelqu'un qui est toujours sous la protection de l'autre. Toute femme était sous la protection de son mari, une femme non mariée, célibataire, divorcée ou veuve, était traditionnellement rattachée à un homme à qui la famille a conféré le pouvoir d'être le chef de famille et qui par conséquent peut prendre les décisions liées à la gestion de la famille. Les décisions concernant la femme célibataire sont prises par son père. Pour la fille célibataire, elle est toujours sous la protection de son père, ses frères et son oncle. S'il arrivait qu'une femme quitte son foyer à cause de conflits, par exemple, ce que l'on appelait *Kwahukana* (Galabert, 2012), elle devait retourner chez son père, sans enfants car elle devait les laisser chez eux. La femme veuve était mise sous la tutelle d'un de ses beaux-frères choisi par la famille. Celui-ci remplace le défunt en ce qui concerne toute les responsabilités maritales. C'est ce que les Rwandais appelaient l'acte de « *guhungura* ». Cela veut simplement dire que la femme, principalement née pour procréer, ne peut vivre que sous la protection de l'homme pour lui donner les enfants. HAGURUKA, (2001) dit que la veuve n'était pas libre de refaire sa vie avec qui elle voulait pour ne pas perdre son droit d'usufruit sur les biens de la belle-famille.

1.5.1. Lutte pour survivre

La traversée de la mère pendant le génocide reste énigmatique. Dans cette partie contextuelle, nous ne reprenons que le portrait global, pour laisser le témoin, lui-même dépositaire de la réalité, nous faire part dans les moindres détails de sa traversée. Évidemment, ce dont elle nous a fait part, ce n'est que ce que le temps et les conditions internes et externes lui ont permis de partager. Disons pour l'instant que le génocide a dédoublé les facultés endogènes de la mère pour qu'elle puisse assumer ses responsabilités maternelles plus qu'elle ne les a jamais assumées. L'après génocide impose à la mère de se battre pour se consoler, se protéger et protéger les enfants. Autrement dit, c'est le moment d'entreprendre l'art de revivifier la famille, « espace majeur d'expression des solidarités » (Galabert, 2012, p. 17). Violée, infectée par le VIH/sida, condamnée au silence et à la honte, seule face aux vicissitudes de la vie quotidienne, face au devoir de mémoire, aux nécessités d'inhumer les corps des siens, face aux *Gacaca* – « *mal nécessaire* », selon certaines mères, « *la mère survivante doit tout affronter.* » Comment envisager la

« réversibilité de l'irréversible » (Améry, 1966, p. 132) ? À travers cette question, nous n'interrogeons que la possibilité d'entreprendre le processus de lutte pour passer de la survie à la vie. Tout au long de ce processus, la mère fait face à plusieurs enjeux dans son processus de survivance, enjeux qui se heurtent sans arrêt aux structures socio-culturelles, avec son statut de femme et de mère que la culture rwandaise lui confère.

Tenter de contextualiser la lutte que les mères mènent dans leur processus de reconstruction nous pousse à nous poser plusieurs questions. Nous ne les résumerons que dans une seule qu'avait posée Assoun (1992, p. 118) et que nous nous posons aussi par rapport aux mères auxquelles nous faisons allusion dans ce contexte : « De ces mères, qu'est-il possible de dire ? Ce qui les désigne tout d'abord est une certaine solitude distinctive de leur souveraineté ». Disons que l'après génocide a rendu certaines personnes « des hommes. » C'est-à-dire des êtres responsables. Cet aspect est vite remarquable chez la mère et l'enfant, car ce sont les êtres qui étaient les plus protégés avant cette tempête génocidaire. Pour la mère survivante au Rwanda, sa situation était comme celle que décrit Primo Levi (2002, p. 69)

La libération n'a été ni joyeuse ni insouciance : pour la plupart, elle sonnait sur un fond tragique de destruction, de massacre et de souffrance. En ce moment où nous nous sentions redevenir des hommes, c'est-à-dire des hommes responsables, les soucis humains étaient de retour : pour la famille dispersée ou disparue, pour la douleur universelle autour de nous, pour notre propre affaiblissement, qui nous paraissent incurable, définitif, pour la vie qu'il fallait recommencer au milieu des décombres et souvent seuls.

C'est d'un tel contexte que les mères d'après génocide ont émergé. Elles n'ont jamais accepté de perdre la famille au sein de laquelle elles étaient protégées. Une nécessité de se reconstruire dans tous les secteurs était impérative. Des efforts multiples ont été aménagés dans ce processus de reconstruction, que ce soit du côté gouvernemental ou du côté des associations locales. Cependant, on ne peut reconstruire psychiquement si on n'a pas pu localiser où se trouve la faille. La tâche d'envisager la reconstruction suppose l'entreprise d'aménager des espaces qui peuvent permettre à toute personne qui pense que la vie n'est plus possible, parce qu'elle a enduré le pire, jusqu'à en avoir une maladie incurable, objet de honte, qui l'empêche de revivre.

Nous n'allons pas décrire toutes ces initiatives qui ont été faites. Nous voulons simplement souligner celle de l'AVEGA-Agahozo, l'une des associations locales qui se battent pour la survie. Nous la décrivons particulièrement pour ce qu'elle représente pour cette recherche-action et parce que les résultats auxquels nous avons abouti dépendent de la structure de leur espace en lui-même en tant que « famille ».

1.5.2. AVEGA-Agahozo

Décrire AVEGA ne va pas se réduire à la simple description du terrain de notre recherche-action. C'est une tâche qui va nous inviter, si ce n'est nous obliger, d'abord à prendre en considération la notion de la famille au Rwanda. Le contenu de ce que nous

avons abordé lié aux mères, à sa place et à sa relation avec les enfants, montre ce qu'était la famille au Rwanda d'avant. Cette partie montre ce qu'elle est en train de devenir dans l'après génocide.

En 2005, nous sortions du bus de l'Hôpital Neuro Psychiatrique où nous travaillions, nous croisons une mère de notre quartier et nous nous arrêtons un peu dans la rue pour nous demander mutuellement des nouvelles et « parler de la pluie et du vent »³¹, comme c'est la coutume de converser sans préciser les détails. On se demande automatiquement d'où l'on vient et où on va. « *Je viens d'ici tout près, ... là devant (plus tard...), là chez nous à l'AVEGA. J'avais demandé à ma fille d'aller rester dans la cour, que je reviendrais la chercher.* » Cette conversation d'il y a 10 ans nous revient pendant que nous tentons de contextualiser la vie des mères survivantes que nous voyons dans « *la famille d'AVEGA.* » Elle représente le rôle d'une famille pour l'enfant avant que sa structure ne soit altérée par le génocide. Dans le Rwanda d'avant, « la tradition culturelle rwandaise préserve à l'enfant un espace entre moi et toi, entre nous, entre générations » (Uwineza et Brackelaire, 2014) ; on comprend que cet espace impose à toute personne adulte le droit et le devoir de considérer tout enfant, comme les travaux antérieurs sur cette question le prouvent. (Uwera Kanyamanza & Brackelaire, 2011 ; Uwera, 2012 ; Lebon, 2013 ; Uwineza & Brackelaire, 2012 ; 2014). On peut considérer la création des nouvelles familles dans l'après génocide comme une sorte de revivification du système familial, espace dans lequel il est possible de se consolider et construire son identité personnelle et sociale (Ndushabandi, 2012 ; Byanafashe, 1997).

Une des conséquences du génocide au Rwanda est la destruction du tissu psychosocial de la population rwandaise, jusqu'à ses assises familiales. L'indicible qui n'a rien laissé d'intact n'a pas épargné non plus la famille, ses liens, de la famille nucléaire jusqu'à la communauté tout entière. Le contexte d'après génocide est conçu de sorte que l'une des tentatives de survie que les survivants eux-mêmes se construisent est la création de familles artificielles pour sauvegarder leur identité (Ndushabandi, 2012). À ce sujet, ces propos du jeune étudiant survivant relatant la vie de ses condisciples expliquent la nécessité d'une famille pour la survie :

Être rescapé, c'était l'occasion de s'adonner à une introspection. Alors, surtout les filles se terraient dans leurs chambres et pleuraient, coupées de l'avenir, puisqu'elles n'avaient plus de parents. Mes études, à quoi serviront-elles ?, s'interrogeait chacune d'entre elles. Quant aux garçons, ils s'adonnaient à l'alcool pour tenter de noyer leur souffrance (Ndushabandi, 2011, p.102).

De telles réalités d'après génocide ne suscitent pas seulement des interrogations autour de la famille, mais aussi de ses membres : les enfants, les parents, les oncles et les tantes, car comme nous l'avons expliqué plus haut, la famille rwandaise ne se réduit pas seulement à la famille nucléaire. Elle incluait aussi les membres de la famille élargie, voire les amis de

³¹ *Kuvuga makuru y'imvura n'imiyaga* ou encore *kuvuga ibya mva he na njya he*. Conversations superficielles d'ici et là. Elles se passent entre les gens qui ne sont pas des amis, mais qui se connaissent et qui culturellement ont le devoir de se parler.

la famille nucléaire que des amitiés profondes avaient fait qu'ils soient incorporés dans le corps familial. La construction des nouvelles familles artificielles semble être une façon de ne pas accepter la perte d'une famille. Une construction qui se veut comme famille part d'une circonstance : Mujawayo & Souâd (2004) décrivent comment, à l'exemple des mères de la place de Mai à Buenos Aires (Gómez-Mango, 1992), les courageuses femmes survivantes du génocide se rencontraient « pour pleurer et réclamer au moins des maisons pour celles qui n'en avaient plus. « *Les réclamer où ?* », précisait Aurore Déo (2014)³² qui a fait de cette réalité d'après Génocide une pièce de théâtre. « *Chez une autorité assis dans un bureau sans immeuble.* » Ce n'est que par après que ladite association a pu se développer en une sorte de famille à partir des simples moments de rencontre, « pour pleurer et parler entre nous », à l'initiation des programmes de dépistage des femmes violées, puis à l'instauration d'une clinique qui administre le traitement anti rétroviral.

1.5.3. Institution en portrait de famille artificielle

De ces moments de rencontre qui partent du besoin de l'autre pour se consoler mutuellement, émerge une association non gouvernementale qui prend naissance quelques mois après le génocide, le 15 janvier 1995. Elle fut directement agréée par l'arrêté ministériel N°156/05 du 30 octobre 1995 et modifiée selon le n° de commande 89/11 du 05/05/2006. Depuis sa création, la mission principale de l'AVEGA est de contribuer à l'autopromotion des communautés des veuves et de contribuer à leur besoin de développement durable dans les différents sites où elle exerce ses actions. Les propos issus de deux entretiens que nous avons eus avec un des membres de l'AVEGA qui vit au Rwanda et avec un autre qui vit en Belgique convergent sur la détermination de l'AVEGA quant à son effort pour contribuer à l'épanouissement et la réintégration des veuves du génocide en améliorant leurs conditions de vie médico-psycho-sociales et économiques, et cela dans un climat de solidarité familiale. La structure familiale fut décrite par Mujawayo dans ces mots :

Dafrosa est venue tard chez nous. Nous avons créé une Association des Veuves du Génocide d'Avril au Rwanda et nous l'avons appelée AVEGA-AGAHZO. En Kinyarwanda, c'est le poème, le chant doux que nous chantons à quelqu'un qui est triste, à un enfant, à une amie pour le consoler. Quand, à la fin du génocide, nous nous sommes retrouvées sans plus personne pour nous consoler, il a bien fallu, parce que nous étions prêtes à devenir folles, qu'on retrouve cette consolation quelque part. C'était vital, c'était une question de survie, même si cela peut paraître un peu artificiel. Notre association est devenu petit à petit cette famille, cette tante, cette fille, cette mère, que nous n'avions plus (Mujawayo, 2007, pp. 95-96).

³² « Rwanda, mais avant, et puis après » texte mis en scène par Souâd Belhadda avec Aurore Déo. Adapté du livre *Survivantes* de Esther Mujawayo et Souâd Belhaddad, théâtralisé le 3 février 2014 au Centre culturel de Schaerbeek, Bruxelles.

Les orphelins, les parents qui ont perdu tous leurs enfants (*incike*), les personnes âgées et les handicapés, sont prioritaires actuellement chez l'AVEGA. Pour les membres de l'AVEGA, il faut un confort aux femmes qui vivent dans un abîme de douleur en commençant par les plus vulnérables. L'association AVEGA, dans la mesure de ses possibilités, s'est assignée de trouver des solutions aux problèmes des survivants, dans tous les secteurs de la vie.

Elle travaille dans toutes les régions du pays et dispose d'un siège à Kigali. Actuellement, AVEGA dispense des soins dans différents secteurs : le service médical, les services psychologique, social et légal. Elle donne aussi un appui nutritionnel aux patients sous anti rétroviraux. Pour répondre efficacement aux attentes des bénéficiaires, au sein de l'AVEGA, il est nécessaire de renforcer ces services. Bref, il y a insuffisance des ressources humaines et matérielles par rapport aux besoins. Si nous prenons le service social, nous pouvons donner l'exemple du manque d'espaces calmes pour les gens qui viennent pour l'accompagnement psychologique. Au siège de l'AVEGA, une grande salle est à considérer comme une salle polyvalente. Elle est située entre deux autres bureaux les plus fréquentés, le bureau d'accueil et le secrétariat exécutif. C'est donc un lieu de passage des gens qui se dirigent vers ces deux bureaux tellement sollicités. Il n'est pas étonnant de voir différentes activités en groupe se dérouler en même temps dans cette salle, cela pouvant être une réunion, un groupe de parole ou toute autre activité individuelle ou groupale. Chaque groupe/personne occupe son coin tranquillement, dans le respect mutuel. On dirait qu'il y'ait un « briefing » lié à l'utilisation de cette pièce. Un des membres du personnel administratif nous a parlé de ça, dès nos premiers contacts, en insistant sur le fait de ne pas arrêter de travailler sous prétexte que l'on manque de ceci au cela. « *Même si c'est un bureau qui nous manque, nous partageons tout, nous pouvons nous asseoir ici, où même là-bas sous l'ombre de cet arbre* », précisa-t-elle. Ce climat installe implicitement l'ordre qui est celui de la maison où le travail se fait et se partage comme en famille.

À part les infrastructures, pour le même service, le psychologue ne travaille pas uniquement comme psychologue. Le cadre de travail qui combine les travaux peut créer des conflits par rapport au travail psychologique (Godard, Rutembesa, 2013)³³. C'est l'exemple du tri à faire entre ceux qui méritent prioritairement telle assistance au niveau de la communauté. Ce travail était l'affaire des districts, concernait toute la population, survivant ou non ! Il est compréhensible que si une personne qui se croyait en besoin n'était pas choisie, alors que c'est son thérapeute à qui elle avait confié tout ce qui pèse lourdement sur elle, cela pouvait être une raison qui pouvait détruire la confiance nécessaire entre le psychologue et le bénéficiaire d'assistance. On comprend par là la complexité contextuelle dans laquelle non seulement le survivant lutte pour sa survivance mais aussi les institutions qui s'occupent d'eux et des autres membres de la communauté.

Comme la présente recherche-action a à faire avec le survivant infecté par le VIH/sida, retracer aussi les lignes qui lui sont tracées pour sa prise en charge nous paraît important. Cela permettra de décrypter à fond ce à quoi les personnes qui font l'objet de la recherche

33 Séances de supervision et de formation en psychothérapie de groupe

font allusion quand elles expriment leurs souffrances. Ainsi, nous poursuivons notre essai de contextualisation en articulant le vécu des sujets et les lignes tracées pour la prise en charge de ces deux entités qui l'habitent (génocide et VIH). Nous relatons à cet effet la politique nationale de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida puis celle des soins de santé mentale.

1.6. Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida

Le lendemain du génocide était caractérisé par un besoin de reconstruction dans tous les secteurs. Ces lignes ne se focalisent que sur un besoin de reconstruction psychique, qui pour nous n'est pas isolé de tous les autres secteurs. Comme nous ne pouvons pas retracer les politiques de chaque secteur, nous nous contentons d'aborder le secteur des soins de santé mentale.

Dans son processus de reconstruction dans tous les secteurs, le Rwanda, société décidée à se reconstruire, Rutembesa (2013) a élaboré un plan stratégique de reconstruction pour accéder aux objectifs qu'il s'est fixé pour l'an 2020. Ces objectifs sont détaillés dans le plan dit *Economic Development and Poverty Reduction Strategy* (EDPRS). La prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida, comptée parmi les priorités nationales, est aussi intégrée dans les objectifs de ce plan stratégique.

C'est à partir des années 1980 que la médecine au Rwanda fut confrontée à un défi majeur, la pandémie du VIH/sida (MINISANTE³⁴, 2008). Cette maladie a non seulement montré les limites des systèmes de santé, mais elle a aussi incité les planificateurs ainsi que les soignants à porter un regard sur la nécessité de prendre en compte dans sa prise en charge les dimensions socio-économiques et psychologiques. C'est ainsi que le VIH fut sorti du cadre purement médical pour être une maladie dont la prise en charge impose une approche pluridisciplinaire. Personne n'ignore que le VIH/sida est un fardeau psychosocial. Le traitement à vie n'est pas pour rien quant aux retentissements sur le psychisme de la personne infectée ainsi que celui des personnes qui lui sont proches.

MINISANTE (2008) souligne la prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH et considère les problèmes du patient dans l'ensemble des activités et des services qui lui sont offerts. Elle analyse le circuit du patient depuis le premier test de dépistage jusqu'au dernier moment de la vie où les soins palliatifs d'accompagnement sont dispensés. Nous n'avons pas l'intention d'expliquer tout à fond, car dans la présente recherche-action la personne n'est pas perçue comme une malade, avec un problème somatique. Mais elle a reçu psychiquement un choc à cause de la façon dont la maladie a été transmise. Dans cette partie, nous retraçons le circuit de la personne vivant avec le VIH/sida, simplement pour s'approcher de ce qui constitue le quotidien des personnes ayant fait objet de la recherche. Plusieurs points sont développés dans le plan stratégique de prise en charge des personnes

³⁴ MINISANTE : Ministère de la Santé.

vivant avec le VIH/sida (MINISANTE, 2013). Nous parlons en bref de quelques-uns qui ont une influence étroite sur notre objet de la recherche.

1.6.1. Dépistage volontaire et temps d'annonce.

Le dépistage se fait en général après la campagne de sensibilisation incitant à se faire tester. Il arrive que la personne elle-même juge bon de se faire tester individuellement ou en couple à cause de l'information reçue de différentes façons, y compris les publicités radiodiffusées par le conseil des soignants pour d'autres maladies. Les cas suivant méritent de faire le dépistage.

- Personnes présentant des signes ou des symptômes d'infection par le VIH ;
- Partenaires de personnes vivant avec le VIH ;
- Les familles où il y a l'un ou l'autre membre de la famille diagnostiqué séropositif au VIH ;
- Population ciblée : Les personnes qui utilisent des drogues injectables, les homosexuels ; les travailleurs du sexe, etc.
- Les femmes enceintes et leurs partenaires ;
- Les nourrissons et les enfants de moins de 18 mois ;
- Les enfants présentant des signes ou des symptômes d'infection par le VIH ou qui ont un membre de la famille vivant avec le VIH ;
- Les adolescents des populations clés.

Un moment dit de « counseling prétest » est octroyé à la personne, après quoi elle marque son consentement quant à la prise de sang (MINISANTE, 2013). Les réponses sont souvent surprenantes, une fois que la personne est dépistée VIH positif et est mise dans le programme de suivi pour les soins.

Tous les enfants dépistés VIH positifs sont automatiquement mis sous traitement prophylactique. Les enfants doivent dès lors prendre le médicament chaque jour. Le temps d'annonce est normalement prévu à l'âge de 7 ans. Cela ne signifie pas que l'enfant est conscient de la portée de l'annonce, d'autant plus qu'il ne dispose pas de toutes les autres informations liées à l'infection au VIH/sida. Les conséquences psychosociales qui s'ensuivent sont supportées lourdement par les parents. Pour les adultes, une fois qu'ils sont diagnostiqués VIH positifs, ils doivent aussi commencer le traitement prophylactique, quand le nombre de CD4 continue à baisser jusqu'au nombre $\leq$ à 350, ils sont mis sous traitement antirétroviral. Tous les 6 mois, toute personne vivant avec le VIH/sida doit se rendre au laboratoire pour un examen de sang en vue de la détermination du taux de CD4. Récemment, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a recommandé que toute personne infectée par le VIH commence le traitement antirétroviral le plus tôt possible après le diagnostic, en vue d'une meilleure santé de la personne infectée et la réduction substantielle du risque de transmission du virus à d'autres personnes. Pour tous les pays, les nouvelles recommandations fournies par OMS préconisent la mise en route du traitement antirétroviral chez les adultes vivant avec le VIH même quand le système immunitaire n'est pas encore détérioré, dès que la numération des CD4 devient inférieure à 500 cellules/mm³

ou moins, au lieu de 350 cellules CD4/mm³ ou moins, comme le préconisaient les précédentes recommandations formulées en 2010 (WHO³⁵, 2013).

1.6.2. Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

A part le dépistage volontaire, le souci d'information pour l'adhérence au traitement et la prévention du VIH/sida en général, la prévention pour la lutte contre la transmission mère-enfant est l'une des lignes essentielles du plan stratégique. L'objectif principal du programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) au Rwanda est de réduire les nouvelles infections au VIH pédiatriques de 90 %, et cela depuis 2013, au moment de la révision du plan stratégique de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida, jusqu'à 2015.

Pour cela, le couple doit se faire tester, particulièrement la mère enceinte au moment de sa visite à la clinique pour les consultations prénatales où elle doit obligatoirement se faire tester au VIH/sida afin de prévenir la transmission au nouveau-né lors de l'accouchement. L'expérience nous a montré que les hommes sont réticents face à cette politique, et la mère doit tout supporter seule, sans oublier les conséquences qui surviennent dans le couple une fois qu'elle est dépistée VIH positive. Toute femme enceinte est éligible pour les ARV (antirétroviraux) au cas où les CD4 $\leq$ 350 (OMS, 2010). Pour les non éligibles aux ARVs, elles sont automatiquement mises sous prophylaxie. Une des options que propose l'OMS citée par MINISANTE (2013, p. 19) est de mettre la mère sous Zidovudine (AZT) dès la 14^{ème} semaine de grossesse et le bébé et reçoit le Névirapine (NVP) tout au long de l'allaitement maternel.

Même si la ligne tracée par MINISANTE (2008, 2013) prévoit des entretiens pré-test et post-test, les conséquences psychologiques sont énormes sur le statut de la mère. Même si les progrès de la médecine parviennent à aider la mère à mettre au monde un enfant sain, l'observation des conseils dans la suite est aussi fort pesante. Dans les pays où l'allaitement maternel est une pratique courante, comme au Rwanda, la probabilité de transmission du VIH de la mère à son enfant est très élevée. Cette probabilité varie entre 20-45 % selon l'OMS³⁶. Ainsi, toute mère séropositive ne doit pas donner de lait maternel accompagné d'un supplément alimentaire pendant les 6 premiers mois. Une fois qu'elle est dans l'obligation d'apporter un complément alimentaire au lait maternel – ce qui est fréquent selon notre expérience clinique – la mère doit arrêter de mettre l'enfant au sein.

Il est vrai que cette prise en charge psychosociale vise à améliorer à la fois le bien-être mental et les conditions de vie des patients séropositifs, à optimiser l'adhérence aux traitements médicaux ainsi qu'à contribuer à une meilleure prévention du VIH. Parmi les activités de prise en charge psychosociale inventoriées dans le guide de prise en charge psychosociale (MINISANTE, 2008), sont aussi proposées des séances d'information,

³⁵ World Health Organization

³⁶ Organisation Mondiale de la Santé

éducation et communication (IEC) qui précèdent le traitement antirétroviral et qui ont pour objectif de donner des informations générales sur le VIH/sida. Cependant, en dépit des guides proposés ainsi que des bons résultats obtenus par le Rwanda dans la dernière décennie dans la lutte contre l'épidémie de VIH, certains groupes marginalisés rencontrent encore des obstacles à l'accès aux services appropriés et adaptés. L'infection au VIH est quelquefois considérée comme une transgression des valeurs et des normes de la société et est conçue comme une punition des gens qui se méconduisent (MINISANTE, 2008). Particulièrement, les personnes infectées pendant les actes de viols commis pendant le génocide se mettent en retrait, de crainte qu'elles ne soient considérées comme des cas qui se sont méconduits, selon l'opinion publique face à la personne infectée par le VIH. L'expérience nous a montré que ces personnes n'osent pas parler de cette contamination, surtout pour les cas de viols, lesquels entraînent souvent des grossesses non désirées ou véhiculent des infections. Il y a des cas de viol pendant la guerre et le génocide et certaines mères ont été infectées par le VIH/sida et ont eu des enfants (Mukamusoni, Gishoma, & Sebuhoro, 2011) ; certaines préfèrent demeurer dans le silence par peur de trahir leur pudeur traditionnelle. Cette attitude est une parfaite traduction de l'éducation qui était réservée jadis à la fille, attitude qui se répercute dans les temps actuels (HAGURUKA, 2001). Pour ces derniers cas de figures, les retentissements psychologiques et/ou psychiatriques que l'on rencontre couramment chez les personnes vivant avec le VIH/sida sont complexifiés en raison de ce parcours.

1.6.3. VIH et ses retentissements psychiques

Le retentissement psychique du VIH/sida ne touche pas uniquement la personne infectée. Il est quasi impossible de saisir ces retentissements si on ne considère pas l'histoire de la personne infectée (Hirsch, 1994). L'ensemble des représentations dont cette maladie est chargée contribue à alourdir ses retentissements sur le psychisme de la personne qui doit se faire soigner et observer tous les horaires et le rythme qu'exige le minimum des soins.

Après une émission radio télévisée en 2009 sur la problématique du VIH/sida à laquelle nous étions invitée, nous avons reçu le jour suivant un appel téléphonique d'une mère. Elle nous demandait un rendez-vous dans l'immédiat. Ces pleurs en ligne nous ont imposé de lui donner le rendez-vous le lendemain. Elle nous soumet alors une série de questions pour savoir où nous travaillons et qui nous fréquente. Et elle ajoute : « ...de préférence pas à la clinique, sinon accepte de me voir tôt avant les autres ou tard après que tout le monde est parti ; si ce n'est pas possible, trouve-moi un moment pendant le week-end ». Embarrassée par sa demande par rapport à ces heures avancées de la soirée, nous avons simplement dit : « Ce qui importe, c'est la rencontre entre nous, retrouvons-nous dans mon bureau à la clinique et cela pendant les heures de service, le reste sera défini à ce moment ». Mère coincée par cette problématique que nous venons de définir plus haut, elle voyage d'une clinique à une autre de crainte qu'on ne découvre qu'elle est infectée par le VIH/sida. Elle

demande à ce qu'elle soit suivie dans une confidentialité particulière, en raison de la particularité de son infection.

Le plan stratégique de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida que le MINISANTE adapte au contexte du Rwanda préconise l'intégration des soins. Cela suppose une prise en charge globale, c'est-à-dire médicale, psychologique et sociale. Cela veut dire que l'ensemble des problèmes des patients doivent être pris en compte afin de pouvoir les ramener vers une vie familiale, sociale et professionnelle normale (MINISANTE, 2009). Notre question reste de savoir comment mieux servir les cas particuliers. Y aurait-il possibilité de réaménager les espaces pour permettre aux cas atypiques d'exprimer leur souffrance, afin de contribuer à cet objectif de prise en charge globale. Du moins pour comprendre leur vécu lié à ce double destin et développer ensuite le dispositif de leur reconstruction psychique. Même la dynamique de la maladie en soi ne se passe pas sans la souffrance psychique qui y est associée. Quelle peut être l'intensité de ces souffrances sur un terrain psychique déjà fragilisé par l'impact traumatique lié au génocide ? La dépression et le trauma chez les mères vivant avec le VIH/sida sont plus exacerbés (Mukamana & Brysiewicz, 2008 ; Umubyeyi, 2010 ; Cohen, et al., 2009).

Lors de notre travail auprès des enfants vivant avec le VIH/sida et leur famille, nous avons relevé d'autres affections liées à l'évolution de l'infection au VIH/sida (Uwineza, 2008b). Elles ne s'écartent pas de ce que MINISANTE (2008, pp. 12-23) a mis en évidence, à partir des travaux de l'équipe technique dont nous faisons partie. Partons des stades de l'évolution tracés par OMS (MINISANTE (2008)

- **Phase d'invasion/primo-infection** : L'individu est asymptomatique, cependant les manifestations d'allure pseudo grippale qui sont fréquentes peuvent être inquiétantes, surtout quand la personne sait déjà qu'elle est infectée ou quand elle y pense.
- **Phase asymptomatique/période d'incubation** : L'infection n'est mise en évidence que par le test sérologique suivi par l'annonce du statut sérologique, qui apparaît comme un grand choc chez la plupart des gens.
- **Période symptomatique** : apparition de diverses manifestations cliniques dues à la destruction progressive du système de défense.
- **Phase sida** : est caractérisée par la dégradation avancée du système immunitaire d'où plusieurs infections opportunistes

L'OMS signale même la durée approximative pour chaque stade ; l'expérience nous a montré que la durée varie d'une personne à l'autre et en fonction des autres supports d'accompagnement dont elle dispose. L'impact de l'annonce peut être à l'origine du déclenchement des aspects psychologiques et/ou psychiatriques.

Au début de l'infection, particulièrement après l'annonce, la réaction de déni constitue la source de défense psychique contre le choc de l'annonce du statut sérologique positif. Cela peut durer un certain temps. L'expérience nous a montré que pendant cette période la personne peut visiter plusieurs cliniques l'une après l'autre pour vérifier si réellement sa réponse est la même. Nous avons entendu de plusieurs personnes : « *Je croyais que le sang que l'on a testé n'était pas le mien ou qu'ils se sont trompés et ont interchangé les résultats* » ; « *Les appareils de la clinique n'étaient pas bien fonctionnels, par conséquent*

ils m'ont donné des faux résultats ». De telles idées sont motivées par l'apparence asymptomatique et la bonne santé physique en général. Psychologiquement, la personne se sent en état de persécution par le virus, un corps étranger, un très mauvais élément envahissant son organisme. Le problème de la représentation de la mort peut être vécu indirectement comme une menace. Certaines personnes peuvent anticiper leur propre deuil. Quelques propos recueillis lors de notre expérience antérieure témoignent que des gens associaient le VIH/sida à la mort imminente :

Penser à la mort, personne ne peut s'en passer. Étant porteur de ce virus (agakoko). Il nous est difficile d'entreprendre des projets dans nos foyers. Je ne vais pas tuer ma femme, peut-être qu'elle est vivra et s'occupera de nos enfants après mon départ. Je ne veux même pas l'avouer que c'est à cause de cette maladie.

Je ne vis que le présent. Quand le soleil se lève, je ne suis pas sûre qu'il va se coucher étant encore vivante. S'il arrive que j'entre au lit, je ne passe qu'une nuit blanche. Mais quand même je ne songe plus à me suicider. J'ai une raison de respirer encore : mes enfants. L'avenir n'existe pas pour moi. Je n'y vois rien, c'est toujours noir. Je n'y vois que la souffrance de mes enfants après ma mort. Les moments d'espoir me traversent les pensées comme quoi ils pourront peut-être rencontrer des bienfaiteurs, tout comme je vous ai rencontrée et les jours peuvent avancer.

La personne est donc anxieuse, la crainte de la mort s'installe. La mauvaise perception de l'image de soi ainsi que le sentiment d'inutilité s'installent progressivement. À ce stade, les moments de désespoir alternent avec ceux d'un peu d'espoir. La personne a besoin de construire un nouveau sens de sa vie, intégrant le VIH et les autres réalités qui l'entourent. Pour quelques individus, il s'agit d'un moment important de développement personnel et spirituel (Van't Spijker-Niemi, 2011). Il considère l'infection au VIH comme un rappel à faire les activités inachevées pour sa vie et sa famille. C'est sur cette tangente de désespoir et d'un peu d'espoir que l'accompagnement psychosocial est nécessaire pour restaurer le sentiment d'existence.

Aux stades avancés de la maladie, l'évolution de la maladie contribue à l'accentuation des confusions de la phase initiale, la personne voit que les jours de son existence sont réduits et la crainte de la mort devient une préoccupation qui empêche la personne de se projeter dans l'avenir. Comme le souligne l'OMS repris par MINISANTE (2009, p. 27), lors de la période qui suit la primo-infection,

le taux de CD4 et le niveau de la charge virale vont se mettre en plateau pendant une période plus ou moins longue. Il existe alors un état d'équilibre entre l'organisme et le virus qui résulte de l'action efficace des moyens de défense du système souvent hâté par des infections intercurrentes, le VIH va se multiplier progressivement, infecter de plus en plus de CD4 et rompre l'équilibre existant.

Le dialogue entre le soignant et le patient autour de la montée de la charge virale et la baisse régulière du taux de CD4 qui nécessite obligatoirement d'instaurer un traitement pour bloquer la multiplication du virus va de nouveau inquiéter le personne infectée qui réalise bien avec le temps qu'il y a un changement dans son corps. La ligne de soins

propose des dialogues préparatoires pour commencer le traitement. Bien que l'on accompagne de près la personne dans cette phase, certaines personnes préfèrent ne témoigner à aucun tiers de l'état d'avancement de leur maladie, de crainte d'être marginalisées ou l'objet d'autres stéréotypes négatifs qui entourent cette maladie.

Lors de notre expérience auprès des enfants infectés et/ou affectés par le VIH/sida, nous avons relevé certains propos qui témoignent des retentissements psychiques de la maladie par rapport aux médicaments et à la dégradation du système immunitaire suggérant la mort chez la personne :

Si c'était moi qui allais à la clinique et qu'on décidait que je commence les ARVs, je mourrais directement. Plutôt, le dernier souffle qui me reste serait aussi fini car si c'est mourir, je suis déjà morte.

Que dirais-tu si tu étais moi ? Tu t'imagines que je reste toute seule dans toute la famille si large que nous étions ? Si j'avais eu la chance de mourir en même temps que les autres pendant le génocide. Je le regrette infiniment. Je croyais que j'allais régénérer notre famille, mais en vain, moi aussi la mort me poursuit.

Ces pensées sont souvent accompagnées d'une lassitude dans la prise correcte des médicaments. La prise en charge globale a été proposée comme une réponse (MINISANTE, 2009). La mise en route du traitement antirétroviral devrait être précédée de l'exploration du vécu de la personne quant à sa santé mentale.

1.7. Politique des soins de santé mentale

Avant même que sa politique ne soit élaborée, la communauté de base, à sa façon, en utilisant les outils dont elle dispose, avait commencé à contribuer à la reconstruction, comme l'indique Esther Mujawayo :

En fait, on travaille comme ça : on essaye de démystifier tout truc liée au traumatisme, on essayaie de le simplifier, de façon à ce que chacune dans son environnement, là où elle vit, peut être à la limite une sorte de thérapeute. On essayait de former les mamans, [...] : reconnaître chez ton enfant, chez ton amie, chez quelqu'un de ton entourage, ce qui se passe. Comme tout le monde était en train de devenir fou, c'était important de démystifier les choses, de se dire : « non on n'est pas fou, c'est la situation qui est folle. C'est tout à fait normal que tu ne te retrouves plus, que tu ne retrouves plus ton chemin. [...] Ce n'est pas toi qui est anormale, c'est la situation qui est anormale (Mujawayo, 2007, p. 96).

C'est en quelque sorte, dans de telles situations, des formations qui s'organisaient ici et là, à partir des questions sans réponse autour des manifestations des souffrances psychologiques, des initiatives communautaires appuyées par les organismes humanitaires qui étaient nombreux au lendemain du génocide, que le MINISANTE se propose d'élaborer un plan stratégique pour les soins de santé mentale. Sa ligne n'exclut pas toutes ses initiatives communautaires. Il fut initié en 1995 et révisé en 2012, avec un certain nombre d'objectifs :

- Promouvoir la qualité des soins de santé mentale en vue de réduire la morbidité en santé mentale.
- Permettre aux décideurs politiques et d'autres acteurs de la communauté d'identifier, initier, encourager et renforcer des pratiques de santé mentale adaptées au contexte et accessibles par la communauté ;
- Pour ce faire, le plan stratégique des soins de santé mentale a initié la politique d'intégration de la santé mentale dans toutes les structures du système de santé du niveau central au niveau local ;
- Promouvoir la collaboration multisectorielle et des soins de santé communautaires ; initier une stratégie spécifique d'intervention aux souffrances psychologiques les plus fréquentes : les psycho-traumas, l'épilepsie et l'abus de substances psychoactives ;
- Créer un système de soins et de prévention à l'égard de problèmes psychosociaux chez les enfants et les adolescents (MINISANTE, 2012).

L'exécution de la politique nationale de santé mentale est assurée par le Programme Nationale de Santé Mentale au sein du Ministère de la Santé. Il existe seulement deux services de référence nationale en matière de santé mentale, à savoir l'Hôpital Neuropsychiatrique de Ndera et le Département des soins de santé mentale du Centre Hospitalier Universitaire de Kigali, l'ancien Service de Consultations Psycho-Sociales. Pour étendre les soins au sein de la communauté, six pôles opérationnels en santé mentale sont répartis dans différentes régions du pays et sont toujours appuyés en matière de formation et de supervision par les deux services de référence.

Signalons pour terminer que la stigmatisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale, comme celle des personnes vivant avec le VIH/sida, persiste malgré que le MINISANTE ait tracé les lignes à suivre pour dispenser des soins intégrés et prendre en charge la personne en tenant compte de l'entière de ses problèmes. Pour les problèmes de santé mentale, la communauté pense qu'il s'agit d'une situation irréversible (MINISANTE, 2012). Pour le VIH/sida, ce n'est pas seulement l'irréversibilité liée à la maladie sans vaccin ni traitement curatif, mais aussi, les anciens stéréotypes qui étiquettent négativement les personnes vivant avec le VIH/sida. D'une part, il y a ceux qui associent l'infection au VIH/sida à l'infidélité et/ou aux activités sexuelles à haut risque, d'autre part il y en a qui voient encore à travers cette maladie une réduction probable de la vie. La croyance aux tradipraticiens fait que les personnes consultent les services de santé mentale en dernier lieu ou même pas (Rutembesa, 2004). Il y a même ceux qui pensent que ces tradipraticiens ont un mot à dire sur le VIH/sida³⁷.

Dans le plan stratégique pour les soins de santé mentale, il est proposé que la communauté soit informée suffisamment. Cependant, nombreux sont ceux qui ne consultent pas par crainte d'être stigmatisés ou parce qu'ils ne savent pas si ce dont ils souffrent peut être soigné par la médecine, le seul volet mieux connu. Auparavant les conflits qui engendraient des afflictions étaient gérés en famille, entre parents, tantes et oncles. En cas de souffrances d'allure psychiatrique, c'était l'œuvre du guérisseur ou de Dieu ; au cas où cela dépassait les possibilités de la famille et des guérisseurs, on disait que

³⁷ Cadre Stratégique National du Rwanda en Communication pour le Changement de Comportements (CCC). Communication pour le changement de comportement en matière du VIH/sida/IST.

seul Dieu pouvait tout (*hasigaye Imana*). C'était une façon de dire à la personne en souffrance qu'elle doit vivre avec cette souffrance, et par conséquent développer des stratégies qui lui permettront de tout supporter.

Par rapport à cette non consultation des services de soins de santé mentale, une particularité pour les personnes qui font l'objet de notre recherche-action s'impose. Elles visitent la clinique fréquemment pour l'infection au VIH/Sida, comme le préconise la ligne tracée par le plan stratégique de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida (pour les entretiens liés à l'adhérence au traitement, pour le ravitaillement en médicaments, la visite pour les examens biologiques réguliers, pour d'autres maladies opportunistes et/ou autres plaintes somatiques). Cependant, elles connaissent un double destin, autour duquel s'organise leur souffrance psychique qu'est la traversée génocidaire avec la transmission intentionnelle du VIH/sida. La complexité de cette réalité peut être un facteur qui empêche la personne de consulter un service de santé mentale, en plus de ses visites réglementées à la clinique. Dans la communauté rwandaise, le VIH/sida en soi est entouré de stéréotypes négatifs liés à la sexualité; sans qu'il soit associé à d'autres problèmes de santé mentale, il fait déjà l'objet de honte et de silence. Un besoin de développer des espaces qui puissent être des outils d'intervention dans leur communauté ne trouve-t-il pas ici sa raison d'être ?

Un autre point qui nous paraît important et que met en évidence ce plan stratégique est lié à la souffrance particulière du sujet jeune, enfant ou adolescent. Le MINISANTE soulève la question selon laquelle la structure des soins de santé mentale pour eux n'est pas encore développée suffisamment quant à l'appréhension du mode d'expression de la souffrance de l'enfant et de l'adolescent, ainsi qu'au personnel compétent en ce domaine (MINISANTE, p. 24). C'est une autre dimension qui rejoint la problématique de notre recherche action, qui questionne les espaces permettant au moins de cerner cette souffrance afin de pouvoir opérer au moment et à ses instants (Masson, 2004).

1.8. Conclusion

Voilà donc le portrait succinct du contexte dans lequel vit la population qui fait l'objet de notre recherche-action. Pour conclure sur ce chapitre, nous aimerions souligner que les éléments repris dans cette partie contextuelle ne sont que des faits qui ont constitué l'objet du travail de reconstruction dans le Rwanda post-génocide. Jusqu'à l'heure actuelle, le travail de la reconstruction dans tous les secteurs se poursuit. La clinique du traumatisme au Rwanda s'est aussi engagée dans la reconstruction psychique de la population et se heurte aux effets d'un passé qui ne passe pas. Nous rappelons également que nous côtoyons des personnes qui vivent avec les souffrances d'alors et que pour elles le temps n'avance pas au même rythme que pour les autres. Les traces des événements traumatiques (Roisin, 2010) restent gravées dans la mémoire et c'est cette mémoire traumatique qui les pousse à rester paradoxalement dans un temps et dans un espace séparés de ceux des autres. C'est ce que l'on peut comparer au caractère intolérable de l'expérience traumatique « où l'on vit quelque chose sans savoir d'aucune façon quand cela prendra fin » (Roisin, 2010, p. 234). On peut penser à cette capacité du psychisme « de retenir les situations d'empiètement

traumatisant avec leur particularité et leur ordre exact » que Winnicott (1969, cité par Roisin 2010, p. 236) avait souligné. La mémoire est dans ce cas considérée comme une mise en dépôt de ces éléments, souligne Jacques Roisin, en attendant qu'ils soient traités par le psychisme. Cela est illustré par les situations traitées dans le troisième chapitre de cette thèse.

Cette thèse a en vue la reconstruction psychique de la personne, par la mise en évidence de la réalité que constitue sa souffrance psychique. La reconstruction psychique est pour nous un processus qui suppose du temps, de l'espace et la présence des acteurs. Ainsi, cette thèse va relater toute la dynamique qui se met en route par la création même des espaces Entre-nous et Chez-nous, lieux qui se sont créés pour permettre au psychisme d'aborder un tel travail de traitement de ce que la mémoire a tant gardé et qui constitue pourtant l'objet de la souffrance psychique. C'est à l'intérieur de ces deux espaces que l'on peut lire en filigrane l'histoire du sujet qui se construit progressivement en permettant l'accès à des éléments qui constituent la souffrance individuelle et collective du sujet.

La question de survivance, qui place la personne aux limites entre la vie et la mort, à la rencontre de l'autre que l'on cherche et que l'on évite, est abordée à travers les deux chapitres de déploiement des données. La mère et l'enfant sont des acteurs actifs de tout ce qui se construit tout au long de cette thèse. On comprend pourquoi la question de la transmission s'affiche et se lit en filigrane dès les premières pages de la thèse et jusqu'à la fin. Avec l'objectif de l'élaboration d'espaces de reconstruction psychique du survivant infecté par le VIH/sida, plusieurs éléments reflétant la cassure ont été abordés dans les deux chapitres de déploiement des données. Ces éléments touchent principalement la réalité génocidaire et ses conséquences : la mémoire ; le récit et sa structure autour de ces deux entités, génocide et VIH/sida ; le corps du survivant qui se voit comme victime du génocide individuel après le génocide collectif. L'enfant, un des piliers de la survivance, est aussi fort présent pour servir du nœud autour duquel s'entremêlent les questions liées à la responsabilité, à la transmission et donc à l'entre-génération.

Les théories psychanalytiques groupales qui abordent le groupe comme « un contenant », ainsi que les travaux de Winnicott autour de l'environnement familial, et l'anthropologie de la famille rwandaise servent d'appuis théoriques principaux pour voir avec un autre regard ce que disent les acteurs de terrain par rapport aux espaces qui émergent. C'est à la fin de la rédaction que cette thèse se propose de nommer les espaces culturels aménagés Entre-nous et Chez-nous. Ces derniers émergent au fil du temps de travail avec l'enfant et l'adulte. Comment ne pas augurer la présence implicite de l'espace transitionnel Entre-génération où il est possible d'entreprendre la tâche de transmission ?

Arriver à ces quatre concepts, Entre-nous, Chez-nous, Entre-génération et transmission, n'est pas pour le chercheur une affaire qu'il peut acquérir grâce à un guide d'entretien ou un questionnaire auquel il demande à son interlocuteur de répondre. Ce n'est pas non plus grâce à la grille d'observation pour tel élément et tel autre. C'est plutôt un aboutissement d'un ancrage dans la dynamique de l'autre, qui l'invite à rester soi et naturel à la recherche des réponses possible à l'unique question : « Comment procéder pour mieux

soulager la souffrance de la personne qui vient nous voir ? ». Le mieux serait de rester soi-même en étant chez soi. Y aurait-il un autre lieu où l'on est soi que chez soi avec les siens ? Voilà ce que les acteurs nous proposent comme dispositif en deux espaces qui leur faciliteront la tâche pour poursuivre leur chemin de la survivance jusqu'à ce qu'ils accèdent à la vie.

Nous invitons notre lecteur à accéder, pas à pas avec nous, sur le terrain du Rwanda. Malgré les belles collines, les visages souriants, le langage humoristique, le courage inlassable des survivants, la vitesse extraordinaire de reconstruction, dans l'Entre-nous, et le Chez-nous, il est possible de localiser et tenter de soulager la douleur restée longtemps invisible de la mère et de l'enfant. L'espace Entre-nous a été co-crée par les mères survivantes qui toutes ont aussi participé à la création de l'espace Chez-nous, même si toutes ne sont pas reprises individuellement : Dora, Aima, Tina, Keza, Letty, Concillia Marie France, Donatienne, Grathia, Ange, Salima, Marie, Rose, Maman Tito, Margo, Messianne, Nancy, Nadège, Corène, et 6 autres. L'espace Chez-nous résulte aussi de la co-construction de toutes ces mères et des enfants, à savoir Tito, Queen, Didier, Annette, Nélice, Peace, Bénie, Petite, Cyusa, Eunice, Shema, Shami, Charté et 7 autres.

Chapitre II. Méthodologie

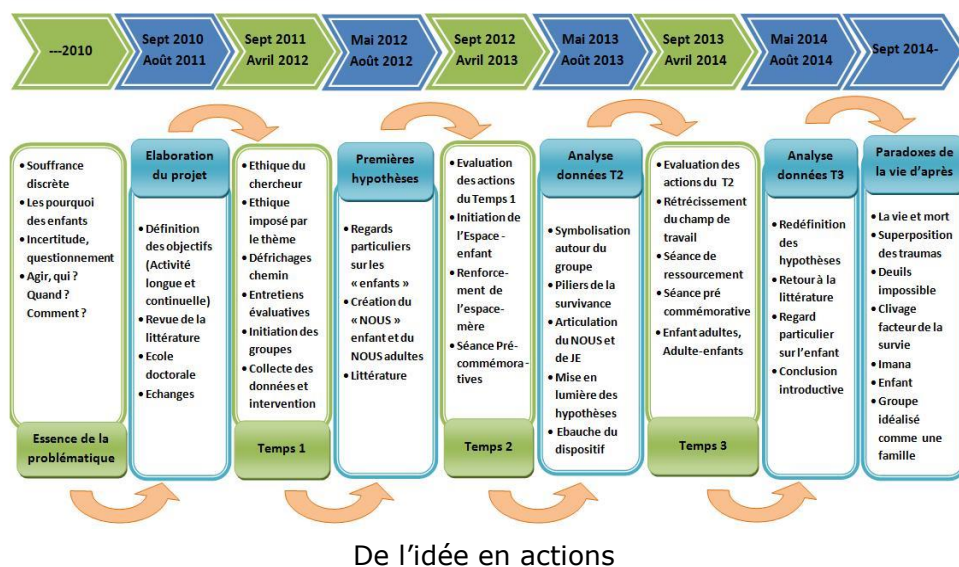
*Chacun de nous possède dans son propre
inconscient un instrument avec lequel il est
capable d'interpréter les manifestations de
l'inconscient chez l'autre.*
Freud (1973, p. 192)

2.1. Introduction

Comme notre itinéraire professionnel le montre, les techniques d'intervention ont été toujours inspirées par nos patients et/ou se sont installées fortuitement en fonction de la situation qui se présentait. L'incertitude et le tâtonnement avec lesquels nous avons co-construit le dispositif groupal dans lequel nous travaillions avant même la thèse nous ont donc poursuivie dans les débuts de cette thèse. Cependant, il est clair que la nature de notre recherche nous imposait le choix de méthodes qualitatives plutôt que quantitatives. Pedinielli (1995) souligne que les méthodes quantitatives ont des limites liées à la fiabilité des données. Il évoque aussi le réductionnisme éventuel de cette démarche et les conclusions qui peuvent en être tirées. Pour Ionescu (2009, p. 8), « l'utilisation des méthodes quantitatives procure l'illusion d'objectivité ». Cette allégation a été mise en évidence à travers différents biais liés aussi bien au sujet qu'aux cliniciens.

Nous n'ignorons pas la complémentarité de ces deux approches méthodologiques. Pour la présente étude, nous avons opté uniquement pour l'approche qualitative. Comment allions-nous traduire en chiffres les processus inconscients et intersubjectifs (Ionescu, Jaccquet, & Lhote, 2005) ? Comme le propose Ionescu (2009, p. 7), notre recherche étant définie comme clinique, nous avons penché pour l'approche qualitative, dans le souci de contribuer, si modestement soit-il, à l'appréhension du vécu du survivant qui porte une marque doublement inoubliable, celle du génocide et du VIH/sida induit intentionnellement, afin de construire avec lui le dispositif qui peut servir de cadre pour sa prise en charge. Aucune science ne peut égaler la re-création des valeurs qui feront que l'enfant joue, retourne à l'école, pense à soigner, à éduquer, à devenir un homme et à fonder son propre foyer, en un mot, à vivre. Tel est le processus qui mène de la survivance à la vie (Roisin, 2010 ; Mujawayo, 2007 ; Munyandamutsa, 2013 ; Cyrulnick, 2007). Pour entreprendre ce chemin avec les personnes qui font l'objet de la recherche, une méthodologie particulière a été mise en place. Nous la qualifions de méthodologie dialoguée ou négociée. Cette négociation est repérable tout au long de notre façon d'entrer en contact avec le sujet durant toute la période de terrain.

Tout au long de cette étude, trois temps de terrain étaient prévus d'une période de 8 mois, séparés chaque fois par une période de 4 mois. Le premier temps va de septembre 2011 à avril 2012, le deuxième temps de septembre 2012 à avril 2013. Enfin, le troisième et dernier temps de terrain a eu lieu de septembre 2013 à avril 2014. Chaque temps était suivi d'un court séjour en Belgique, que nous avons utilisé comme temps de prise de distance pour enfin réfléchir aux données recueillies. Toutes les actions qui ouvrent ces trois temps de terrain sont menées sous l'égide de notre équipe d'encadrement. Sur ce chronogramme, on peut lire le condensé de nos actions que nous retraçons dans cette partie méthodologique.



De l'idée en actions

Dans cette partie méthodologique, nous retraçons les trois grands moments qui ont marqué cette thèse. Le premier moment englobe les préalables mobilisés pour pouvoir s'y engager. Ensuite vient la description des méthodes de recueil des données et enfin seront décrites les méthodes d'analyse. Une petite conclusion, précédée par un mot sur les difficultés rencontrées, va clore cette partie méthodologique. Commençons par préciser ces préalables.

2.2. Approche inductive

La présente recherche propose de se référer à des méthodes qualitatives. Celles auxquelles nous avons eu recours avaient comme dimension importante le processus exploratoire. Cela signifie que nous ne sommes pas partie sur le terrain dans l'objectif de procéder à la vérification d'hypothèses préétablies. Procédant de cette manière, nous nous basons sur l'approche de Deslauriers (1991) qui souligne qu'il est parfois difficile de se référer à un cadre théorique préétabli permettant d'établir un cadre théorique spécifique par rapport aux phénomènes observés.

La toute première année, de septembre 2010 à août 2011, fut une période de réflexion quant à l'élaboration du projet, de la définition des objectifs, des méthodes de recueil des données. Arrivée sur le terrain, rien n'alla comme prévu. En tenant compte de la pertinence du thème de réflexion et de la particularité socioculturelle de la population rwandaise, notamment les sujets qui font l'objet de cette étude, nous nous sommes rendu compte que déterminer arbitrairement une méthodologie en avance n'apporterait pas de réponses satisfaisantes. Dans un contexte comme le nôtre, la délimitation préalable risque d'empêcher le chercheur de découvrir certains points importants du site étudié. Mais, en même temps, nous étions consciente que l'absence de centration et de délimitation pouvait entraîner confusion et surcharge (Huberman et Milles, 1991). Les mêmes auteurs affirment qu'en ce qui concerne la recherche de terrain, la convention préconise que l'on réduise au minimum les modèles structurés et trop rigides. Ils déconseillent de suggérer au chercheur qualitatif l'utilisation d'un instrument standardisé ou l'élaboration d'un cadre conceptuel pour orienter l'opération de recueil des données, surtout pour les recherches teintées d'anthropologie et de phénoménologie sociale comme la nôtre. Travailler avec les modèles théoriques classiques ou des instruments standards n'a pas la préférence de ces auteurs.

Nous avons vite remarqué que, s'il faut construire, il faut aussi accepter de déconstruire, il faut accepter de perdre pour gagner par après. Nos retombions donc dans le tâtonnement qui caractérisait notre clinique autour des traumatismes extrêmes. Nous dirions que nous nous sommes retrouvée dans une sorte de soumission aux demandes contextuelles de terrain, surtout quant à la fixation d'une ligne méthodologique à poursuivre. Nous avons l'impression que la raison en est peut-être due à la nature du thème abordé, thème qui pousse les acteurs de terrain à aborder des points qui s'inscrivent dans l'intimité des sujets d'étude. Aborder ces points dans le cadre de la recherche suppose de s'aventurer à négocier avec la personne, et précisément dans ce contexte, il s'agit d'une personne en proie à des traumatismes psychiques qui résultent d'une rencontre avec le « réel » de la mort. C'est à dire que les personnes avec qui nous avons travaillé se sont vues mortes ou ont perçu ce qu'est vraiment la mort comme anéantissement (Roisin 2010 ; De Clercq & Lebigot, 2001 ; Crocq, 1999). S'approcher d'elles suppose certaines exigences éthiques. Nous nous sommes proposée de nous engager tout doucement dans une démarche exploratoire, n'abordant que ce qui nous était permis d'aborder et ce qui nous était accessible selon les circonstances du moment.

Nous avons choisi cette démarche pour mieux définir notre projet qui était plus vaste au début. C'était en quelque sorte dans le souhait de combler les vides (Van der Maren, 1995) que les deux expériences cliniques nous avaient laissées, respectivement à l'Hôpital Neuro Psychiatrique et au sein de *Womens's Equity in Access to Care and Treatment*. Avec la démarche exploratoire, à laquelle nous associons un raisonnement inductif, nous voulions produire de nouvelles connaissances (Royer, 2007 ; Miles & Huberman, 2003 ; Paillé, 2011), comme cela est le propre de toute les recherches. Cependant, le contexte du terrain et la nature de notre thématique imposent exclusivement la démarche exploratoire afin de ne pas limiter la nature des données et de bien cerner la question. Ce n'est que par cette démarche qu'il nous a été possible de cibler et marquer la question à étudier et ainsi choisir

les méthodes appropriées de recueil des données et la façon de les appliquer. La démarche exploratoire nous a aussi orientée quant à la façon de documenter les différentes dimensions de la réalité cernée et quant au choix d'autres sources pouvant nous éclairer sur ces dimensions.

Toute recherche suppose une démarche bien systématisée pour qu'elle soit conduite avec la rigueur scientifique (Blanchard-Laville, 1999). Dans le cadre d'une recherche avec une dimension clinique comme la nôtre, c'est un dispositif d'investigation que l'on qualifierait de « nouveau » et « fécond » (Blanchard-Laville, 1999, p. 10) c'est-à-dire adapté pour accorder à la recherche le crédit de cette scientificité (Revault d'Allonnes, 1989 ; Blanchard-Laville, 1999). La manière de progresser pour chaque recherche est unique et singulière. Elle peut confronter le chercheur à des contraintes qui lui demandent des facultés d'adaptation souple à des situations imprévues au départ. Malgré cette adaptation, qui peut se faire intuitivement selon l'ambiance du moment comme ce fut le cas pour nous, il faut absolument une méthode. Cela implique deux éléments : « D'une part, il s'agit de respecter les principes généraux du travail scientifique ; d'une autre part, il s'agit de distinguer et mettre en œuvre de manière cohérente les différentes étapes de la démarche » (Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 15).

2.2.1. Etapes suivies

Après une année de tentative de redéfinition du projet de cette thèse, en septembre 2011, nous avons effectué une descente sur le terrain. Arrivée au Rwanda, nous nous sommes réservé deux semaines de vacances, mais aussi pour reprendre contact avec les collègues locaux. En même temps que nous commençons notre thèse, nous avons fait une demande de financement pour un projet de création d'un espace de dialogue sur le thème : Acceptation de soi et reconstruction des liens familiaux pour accompagner les survivants du génocide infectés par le VIH dans leur processus de deuil. Ce projet visait à mettre en place des espaces de dialogue aussi bien en groupe qu'en sessions individuelles, pour le déploiement de la parole. L'idée était de chercher des fonds complémentaires qui pouvaient couvrir la période de 8 mois sur terrain. Ledit projet n'a pas été financé, mais son élaboration nous a aidée à réfléchir anticipativement sur les modalités préalables qui nous étaient nécessaires pour pouvoir exercer le travail sur terrain :

- Comment pouvons-nous avoir accès à internet ?
- Où pouvons-nous nous installer pour travailler tranquillement ?
- Comment imprimer en cas de nécessité ?

Les deux premières questions ont trouvé leur réponse pendant les deux premières semaines : reprise de la vie sociale avec les collègues locaux, visites effectuées au sein de la Commission Nationale de Lutte contre Génocide (CNLG), au Tribunal Pénal International pour le Rwanda (TPIR) et au sein de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). La visite de ces institutions nous a été bénéfique : nous avons pu bénéficier d'un lieu de travail

calme, d'une connexion gratuite à internet, etc. Non loin de chez nous, la proximité de la CNLG et du Centre de santé de l'Association des Veuves du Génocide Agahozo, à Remera (Kigali), nous a particulièrement aidée. Ces préalables nous ont placée dans des conditions favorables pour entamer notre démarche exploratoire et la construction du cadre d'intervention.

Notre recherche-action s'est effectuée en 5 étapes qui se sont déroulées dans un mouvement continu de rotation durant toute la période de terrain. La première contrainte à laquelle nous avons été confrontée après les premiers moments d'exploration, est l'impossibilité de prendre la casquette de chercheur uniquement. Certaines actions se passent obligatoirement simultanément, malgré nos précautions de procéder par étapes. Le temps de recueil de données va être absolument inséparable du temps d'intervention. Ainsi ce sont les actions d'intervention, ou thérapeutiques, qui vont permettre la production de ces données et vice versa. Déjà nous avons ressenti un souci que nous avons décidé de partager avec nos aînés d'ici et d'ailleurs : « C'est quelle logique ça ? Ce n'est pas comme ça que l'on fait pour un travail scientifique. On ne fait pas comme ça dans la recherche ! Il y a des méthodes connues... Va lire X, Y et Z », nous disaient certains de nos interlocuteurs. « Je n'ai pas d'autre alternative ; si je fais comme les autres ont fait, ça ne sera pas ce que je constate sur mon champ de recherche », pensions-nous intérieurement.

Ces messages reçus dans les premiers temps, de concert avec nos propres pensées, ont été à l'origine d'un conflit interne. Les premiers messages reçus des mères semblaient nous imposer un itinéraire à suivre selon le contexte du terrain : « *On ne fait plus comme avant. Le quotidien d'avant n'opère plus pour nous. L'histoire de vie ne se reconstruit pas en deux heures. On ne se déshabille pas étant dehors...* ». La nécessité d'adapter tout ce que nous faisons à la proposition des bénéficiaires s'est avérée être un impératif incontournable. C'est ce qui a donné à notre dispositif un caractère nouveau, original, adapté et unique, qui en outre est doté aussi de scientificité, car, dans la recherche scientifique, ce n'est pas le nombre de cas, ni le temps passé avec eux, ni les outils sophistiqués qui accordent à un travail un caractère de scientificité. C'est plutôt le regard que le chercheur y apporte avec la nouvelle connaissance que cela peut apporter dans la communauté scientifique. Dans de telles situations qui mêlent le plan de la recherche et celui du thérapeutique, que nous évoquons sous le vocable d'intervention, l'exploitation des ressources du dialogue qui se construit avec le sujet est nécessaire (De Neuter & Fouchet, 2005). C'est dans cette procédure que l'on peut trouver un raisonnement scientifique (Bertrand, 2004) qui permet de construire des modèles explicatifs de ce que les données fournissent et s'en servir pour dégager des théories.

Ainsi nos méthodes ont pris la forme d'une méthodologie dialoguée, voire négociée. La négociation se faisait entre le contexte de l'environnement de la personne, c'est-à-dire sa psychologie, la philosophie de sa culture, et les méthodes existantes. C'est toute cette démarche que l'on connoterait de « triangulation méthodologique » (Olivier de Sardan, 1995). Cela nous a permis réellement de négocier avec le sujet, afin de pouvoir aller au bout de l'échange pour puiser ce dont nous avions besoin comme informations. On lira,

dans les lignes qui suivent, les différentes étapes des actions qui couvrent les trois temps de terrain.

(1) La première étape consistait à prendre contact avec les prestataires de soins sur les sites de travail pour introduire la recherche-action. Le Comité National d'Éthique (RNEC)³⁸ fut l'un des organes à contacter annuellement avant toute entreprise d'action de terrain. Nous avons reçu l'accord du RNEC pour faire cette étude pour une validité de 12 mois. Chaque année, avant de redémarrer les activités de terrain, il fallait chaque fois faire renouveler l'accord du Comité National d'Éthique avec la présentation de l'état d'avancement des recherches et les modifications éventuelles qui se sont opérées. Lors du premier temps de terrain, ces démarches administratives ont pris plus de temps que pour les deux autres temps, parce qu'il fallait d'abord effectuer des visites auprès des prestataires de soins et auprès des autorités administratives des sites. L'objectif était de leur expliquer notre mission, la finalité de cette étude, leur expliquer clairement le bien-fondé d'une telle recherche-action, les thèmes à explorer, la population avec laquelle nous souhaitions travailler.

C'est alors que les autorités nous ont assuré qu'il y aurait des personnes avec qui nous pourrions co-faciliter les groupes de soutien. Ceux-ci comptent, notamment, parmi les acteurs impliqués dans la présente recherche-action. Nous entrevoyions déjà qu'ils nous seraient utiles dans la mise en place du dispositif. Les facilitateurs des groupes de soutien nous ont été d'autant plus utiles qu'ils ont poursuivi le travail même en notre absence. Leur disponibilité pour l'écoute individuelle complète largement bien des pans de notre travail en groupe.

(2) Au tout premier temps de terrain, la deuxième étape était d'identifier les cas et de composer les groupes de soutien pour la recherche-action. Cette tâche fut précédée par l'évaluation des actions mises en place avant la thèse. Comme ces actions se construisaient progressivement et que le dispositif de prise en charge psychosociale se cherchait à l'époque, nous avons voulu d'abord voir si nous pouvions y apprendre quelque chose qui pourrait nous inspirer pour les nouvelles actions liées à la recherche-action proprement dite. Les premières hypothèses ont émergé après l'évaluation et c'est sur base de ces hypothèses que nous avons tenté d'entreprendre de nouvelles actions. La seule hypothèse que nous avons pris soin de mettre en évidence est celle qui est en rapport avec le dispositif groupal dans lequel nous avons aménagé nos actions. Pour les deux autres temps de terrain, à cette étape nous avons chaque fois évalué l'impact des soins accordés quant à la reconstruction psychique de nos participants.

(3) La troisième étape consistait à analyser le problème et formuler provisoirement des solutions. À ce stade donc, nous avons commencé les analyses par rapport aux données fournies. Bien que nous soyons dans la phase préliminaire, on remarque que nous étions déjà en pleine activité de recueil des données et de leurs analyses progressives. Nous aurons le temps d'aborder particulièrement nos méthodes d'analyse, mais nous tenons à signaler

³⁸ *Rwanda National Ethic Committee.*

que les analyses commençaient déjà à être faites par les participants eux-mêmes lors du recueil des données. Pour lever toute ambiguïté, par rapport à la compréhension des analyses que nous évoquons pour l'instant, nous tenons à préciser qu'il s'agit des analyses qui nous permettaient de mieux explorer. Le travail d'intervention réalisé auprès de nos participants, pour eux, par eux et avec eux, était aussi un espace d'analyse (Paillé, 2007) qui nous permettait d'émettre certaines hypothèses et ainsi réduire petit à petit le champ d'exploration. C'est-à-dire que les résultats qui ressortaient de ces analyses progressives nous orientaient quant à l'initiation des nouvelles actions. C'est ainsi par exemple que l'espace « mère » s'est donné un nom Entre-nous et progressivement le même espace en a généré un autre pour les enfants qui s'est donné un nom propre, le Chez-nous. À ce stade, nous ne parlons que de ce qui est en rapport avec les mères. Nous préciserons le cadre et les outils particuliers pour l'enfant vers la fin de nos précisions méthodologiques, puisqu'ils ont été mis en place ultérieurement.

La démarche exploratoire fondée sur la logique inductive alternait ainsi avec la logique déductive, même si notre recherche en soi se voulait inductive (Kaufmann, 2011 ; Deslauriers, 1991 ; Lavarde, 2008). Ici, nous voulons préciser que nous ne sommes pas partie sur terrain sur bases d'hypothèses à aller observer et vérifier. Comme le préconisent (Strauss, 1992) et Favret-Saada, (1977), seule l'imprégnation dans le milieu de notre terrain nous a offert des hypothèses cliniques sur lesquelles nous nous sommes basées pour orienter nos interventions. « Toute généralisation est provisoire. Dans toutes les régions des disciplines scientifiques, les gens découvrent que ce qu'ils pensent est dépassé, c'est la nature de la science », souligne Becker (2002, p. 11). De notre côté, les solutions provisoires que nous formulions faisaient encore l'objet d'une réflexion et nous soumettions chaque fois ces solutions aux autres collègues et autres personnes aînées et expérimentées dans la recherche ainsi qu'aux membres du comité d'encadrement.

Toute cette chaîne nous a servi d'espace d'interanalyse, espace qui s'est avéré nécessaire et utile pour nous aider à déceler le sens des histoires tordues et quelquefois confuses fournies par nos participants. Cette construction, qui s'est faite pendant même le temps de recueil de données, nous a aussi servi à opérer un tri quant aux axes d'analyse nombreux qui se dégageaient des données. Le champ de structuration de ces axes n'a été limité que par le seul objectif poursuivi, celui d'« élaborer et de proposer un modèle de prise en charge permettant de rencontrer la demande tant implicite qu'explicite des personnes, face à la survivance après le génocide et à l'infection au VIH ». Ainsi les deux concepts, l'Entre-nous et le Chez-nous, qui se sont imposés comme émanant dudit dispositif, sont les axes principaux de nos analyses. Comme il n'était pas possible de poursuivre cet objectif sans avoir explicité le vécu de la personne pour qui le dispositif est destiné, quatre axes d'analyse ont été privilégiés par rapport aux autres axes que le contenu des données laissait apparaître. Il s'agit en premier lieu du vécu de la personne par rapport au génocide, et en second lieu du vécu par rapport au VIH/sida. Le génocide est la mort immédiate et le VIH/sida est sa prolongation chez le survivant. *« Vous avez entendu dire que l'on ne meure qu'une fois, moi je dis qu'on meure progressivement. Ce que nous avons réussi à réaliser, c'est de se dire que la mort que nous portons ne tue pas immédiatement,*

ainsi nous pouvons survivre avec. » Il s'agit, autrement dit, du « génocide individuel », pour reprendre l'appellation des mères, phénomène qui se résume dans l'acte de transmission de l'identité meurtrière. Le troisième axe que nous avons considéré est l'élaboration du récit par rapport à ces deux héritages doublement atroces et enfin l'axe de transmission transgénérationnelle vient pour ramasser ce qui ressort des trois axes précédents. Les résultats de cette thèse sont le produit de toute cette longue démarche qui n'a abouti qu'avec un recul et une hauteur de vue suffisants que nous avons pu prendre par rapport à l'ambiance du terrain.

Pour réussir à structurer nos analyses autour de ces axes, nous avons essayé de ne considérer que les données fournies par le survivant infecté dans le contexte génocidaire. Cependant nous tenons à préciser une des difficultés méthodologiques liées au thème traité qui comporte plusieurs dimensions. Par exemple le concept de génocide : Quand commence-t-il et quand va-t-il prendre fin. Conventionnellement, il a duré seulement 100 jours ! Cette délimitation temporelle est faite par les systèmes politiques. Le psychisme du sujet qui se le représente le considère comme une éternité de malheur. Quand le passé devient hyper présent dans le psychisme du sujet, quand le génocide persiste et se théâtralise dans le corps de la victime par la maladie, qu'en pense la victime ? Que pense le clinicien qui l'écoute entre les quatre murs du setting thérapeutique par rapport à ces deux sortes de temporalité ? Nous voulons dire de la temporalité clinique de la personne en souffrance psychique et « la temporalité gouvernée », pour reprendre les concepts opératoires de Vastrat et Adam (2004, p. 158) en rapport avec le contexte socio-politique. Nos analyses soulignent particulièrement cette question que l'on rencontre dans les propos des personnes en proie à des traumatismes issus de la violence intentionnelle de l'homme sur l'homme.

(4) La quatrième étape de cette recherche-action consistait à restituer les résultats de chaque temps de terrain à toute cette chaîne qui nous a octroyé des espaces d'interanalyse. Cette étape était en soi une des étapes de l'analyse, en ce sens que ce moment fort, qui nous a permis de croiser notre point de vue avec celui de chacun des membres du comité d'encadrement, nous a permis de fermer certaines portes, d'en ouvrir d'autres et ainsi rétrécir l'étendue de notre sujet de recherche (Legrand, 1993). La restitution des résultats est une étape qui avait commencé avec nos courts séjours de 4 mois en Belgique et s'est poursuivie avec les premiers moments des deux derniers temps de terrain. Pour une période de 4 mois, chaque fois de mai à août, nous prenions du recul par rapport au terrain. Ce temps que nous avons considéré comme un moment de réflexion nous accordait aussi une certaine hauteur de vue lors de la révision du matériau récolté à analyser. Les résultats que nous présentons sont une vision transversale des résultats issus des trois temps de terrain.

(5) La cinquième étape de notre démarche d'exploration fut l'étape de tri, c'est-à-dire que nous avons à ressortir un problème de l'ensemble du matériau et proposer certaines des solutions à partir du même matériau. Peut-on dire que, quand on s'engage dans une recherche auprès de personnes qui ont subi des traumatismes extrêmes, l'exploration continue jusqu'à la fin des travaux de terrain ? C'est ce qui nous est arrivé. C'est à cette étape, que nous appelons étape de tri, que nous avons pu finalement nous positionner sur tel

côté et mettre de côté le reste du matériau de la démarche exploratoire. Dès la fin du premier temps de terrain, de septembre 2011 à avril 2012, la démarche inductive ouvre la porte à l'approche déductive, car cette fois nous commençons à nous faire une idée des hypothèses, surtout autour du dispositif co-construit, et cela uniquement dans le but de pouvoir avancer dans l'exploration. Nous tenons à souligner que notre recherche se veut et s'inscrit dans une logique inductive, même si à un certain temps nous avons procédé aussi à la vérification de certaines hypothèses tout au long de nos interventions. Évidemment, toutes ces hypothèses ne sont pas toutes mises en évidence ni clairement définies. Cela entre dans une logique de recherche non linéaire telle que la nôtre. Pour ce genre de recherches, « les hypothèses et les questions évoluent constamment au fur et à mesure du travail sur terrain » (Campenhoudt & Quivy, 2011, p. 215).

2.2.2. Question éthique : contexte et parcours de terrain

Un point essentiel en rapport avec les préalables pour s'engager dans cette thématique, est lié à la question de l'éthique. Aborder un thème comme celui-ci, qui s'inscrit dans le contexte post-génocide et qui entre dans l'ordre de l'intime du sujet, ne nécessite pas seulement que le comité national et/ou international d'éthique octroie l'accord. Il faut une autre éthique : l'éthique personnelle de celui qui s'engage à mener la recherche. Sans cette éthique interne, les participants ne manqueront pas de se poser des questions comme : « On m'en veut encore ? Que se passe-t-il ? » L'éthique que nous voulons souligner n'est pas liée au savoir. Elle est plutôt liée au savoir-être et au savoir-faire, celle qui considère le sujet « comme objet de l'élaboration complexe et dure » (Revel, 2009, p. 45). C'est cette même éthique qui nous a imposé un long parcours, même dans le choix de la population. Elle est aussi repérable dans nos techniques de co-facilitation de notre groupe de soutien. On peut très vite remarquer une sorte de recul par rapport aux tendances de la recherche qui exigent que le chercheur soit un chercheur neutre et que le thérapeute soit un thérapeute et non les deux à la fois. Selon ces tendances, il aurait fallu un temps pour rencontrer les cas et recueillir les données et un deuxième temps pour les soigner. Le contexte ne nous a pas permis cette logique idéale.

Le cœur de cette thèse vise non seulement à élaborer et proposer un modèle de prise en charge, mais aussi à mettre au centre la dimension d'intervention. C'est le matériau libéré lors de l'intervention qui constitue l'ensemble des données. C'est ce même matériau que nous utilisons pour co-construire notre dispositif. Ainsi, le lecteur familier des méthodologies dites scientifiques comprendra que, dans le cadre de cette recherche action dont la finalité est double et articulée, clinique et recherche, prendre une position neutre ne serait pas possible. Les entretiens évaluatifs menés au sein de WE-ACTx nous l'ont bien montré. Et tout au long de la présente recherche-action, les situations rencontrées sur terrain nous ont imposé de récolter les données pendant l'action d'intervention (thérapeutique). Comment ouvrir une plaie, la laisser saigner pour ne revenir la fermer qu'après un certain temps ? Agir ainsi n'apporterait qu'un confort d'ordre académique au détriment de la personne qui fait l'objet de la recherche. Le type d'approche que nous avons privilégié est

nécessaire et suppose de se baser sur des principes et des pratiques qui puisent dans le patrimoine culturel, avec l'objectif de tenter, avec rigueur et souplesse, de rétablir les règles et repères culturels transgressés, effacés lors du génocide, lequel fait la ligne de démarcation entre l'« avant » et l'« après » génocide. Soulignons que le temps de l'« après » exige de nous de procéder autrement, parce que nous ne sommes plus dans le monde de la normalité, car le quotidien d'« avant » n'opère plus efficacement (Uwineza & Brackelaire, 2012).

Cette rupture appelle déontologiquement et épistémologiquement un saut qualitatif et une démarche créative dans la pratique clinique et dans la méthodologie de recherche. Il s'agit pour le chercheur clinicien, hors d'une neutralité et d'une extériorité ici déplacées, de s'impliquer avec d'autres professionnels dans la construction de dispositifs de travail permettant de s'approcher du sujet, des sujets, afin de pouvoir créer avec lui, avec eux, les moyens de survivre et de vivre. L'Entre-nous et le Chez-nous, espaces qui se sont construits et qui se dessinent en portrait familial, se présentent comme un levier essentiel dans cette tâche. Le survivant et la jeune génération s'y rencontrent ; il est désormais possible d'entreprendre un échange pour co-construire quelque chose de vital. Ces espaces sont donc à considérer comme un ensemble des « médiations de communication et pas uniquement comme de production des données » (Giami, 2009, p. 34), car c'est en intervenant que l'on obtient les données et ce sont ces données que l'on utilise pour intervenir. Ces deux concepts, l'Entre-nous et le Chez-nous, restent les axes principaux de nos analyses dans cette thèse, ainsi que le cadre de recueil des données. Retraçons maintenant notre parcours dans le choix de la population telle que l'éthique que nous venons de décrire nous l'a dicté.

2.2.3. Place de l'acteur de terrain

Pour toute recherche, il faut opérer un choix quant à la population, aux méthodes et au cadre de recueil des données. Ce sont d'autres préalables qui nous ont préoccupée pour pouvoir poser les premiers jalons de la présente recherche-action. Ce ne sont que ces acteurs qui nous ont guidée pour commencer les actions de terrain. Disons même que c'est d'eux qu'émanent les méthodes appliquées. En reprenant l'idée de Schutz (1987), Paillé & Mucchielli, (2012) soulignent la même idée, en disant que c'est l'acteur qui sait quand son action commence et quand elle finit. Cela veut dire simplement que la réalité humaine dans laquelle nous allons plonger ne concerne pas principalement le chercheur. « C'est une construction sociale qui appartient aux acteurs de la situation en question » (Paillé & Mucchielli, 2012, p. 141). C'est pour cette même raison aussi qu'humblement, nous avons opté pour donner la parole aux acteurs, car ce ne sont que ces acteurs qui détiennent les clés de leur monde. Voilà pourquoi l'éthique, dans tous les choix qui les concernaient, nous préoccupait.

Comme signalé plus haut, nous sommes d'abord passée par l'étape d'évaluation de nos expériences d'avant-thèse afin de voir comme procéder dans cette tâche et dans les autres qui ont suivi. Cette évaluation ne s'est limitée qu'aux expériences plus récentes, à savoir

celles acquises lors de mon travail avec les enfants vivant avec le VIH et leurs familles au sein de WE-ACTx. Cependant, une des conclusions importantes qui émane du dispositif groupal et qui faisait l'objet de l'hypothèse que nous avions en tête pour entamer de nouvelles actions sur un nouveau terrain date d'avant. Celle-ci prend ses racines chez un seul individu, un garçon de 14 ans à l'époque, connu par les initiales de ses noms MD, dans le coin de la cour de l'hôpital neuropsychiatrique. Le jeune homme en position accroupie, tête baissée entre les mains, avec de la tristesse mêlée à de l'agressivité contre les soignants, nous fait savoir l'importance du groupe : « *Les autres sont rentrés, et je reste seul dans cette prisons*³⁹ ». Ces autres qu'il réclamait étaient des jeunes comme lui et ils se rencontraient autour d'un stupéfiant, s'exprimant dans un langage qui leur est propre.

Comment poser les premiers jalons pour construire quelque chose avec les survivants vivant avec le VIH, ce qui est au centre pour cette recherche ? Comment les choisir ? Les expériences antérieures nous avaient appris que les circonstances créent les structures de travail. Lors des expériences antérieures, à l'hôpital neuropsychiatrique de Ndera, les jeunes réclamaient un espace propre par la voix de MD, au sein de WE-ACTx. Les soignants, en l'occurrence les « *peers advocates* »⁴⁰, orientent tel patient dans tel groupe, selon la décision des membres de l'équipe du volet psychosocial lors de la réunion hebdomadaire. Comment procéder pour la population concernée pour la présente recherche-action ? Cette question n'a jamais cessé d'occuper nos pensées, alors que le choix des méthodologies les plus pertinentes ainsi que leur opérationnalisation (Muchielli, 2011 ; Ionescu, Jacquet, & Lhote, 2005 ; Campenhoudt & Quicy, 2011 ; Olivier de Sardan, 2008 ; Bertaux, 1976 ; Pedinielli, 2005 ; Pedinielli & Fernandez, 2010 ; Strauss & Corbin, 2008) étaient des tâches qui furent l'objet de notre réflexion depuis nos premiers jours en Belgique.

Nous nous sommes inspirée par les concepts opératoires de Huberman & Milles (1991), dans leurs tentatives de lever la vive polémique que soulèvent les questions qui se posent constamment en analyse qualitative, telles que la question du cadre conceptuel préexistant, celle des outils de recueil des données préétablies, etc... La réalité de terrain nous a imposé d'entrée de jeu des changements de terrain surprenants, comme c'est toujours le cas pour toute démarche ethnographique (Devereux, 1980) où l'on accepte de se perdre dans les premiers moments⁴¹. Ainsi, après quelques constatations sur le terrain, nous sommes obligée de redéfinir certains paramètres que nous avons déjà dessinés dans notre schéma mental au tout début. L'idée de départ, qui délimitait géographiquement le terrain au Centre de santé de Nyacyonga et à celui d'AVEGA Remera, est modifiée. Directement après le premier entretien évaluatif et les contacts avec les autorités administratives, travailler sur le terrain de Nyacyonga se révèle complètement impossible. C'est finalement dans les centres

³⁹ Pour dire qu'il est interné dans l'hôpital neuropsychiatrique

⁴⁰ « *Peer advocate* » : WE-Actx a l'originalité de promouvoir les « *peers advocate* » pour cerner les besoins des autres patients qui se confient mutuellement les uns aux autres. La *peer advocate* vit aussi avec le VIH mais elle accepte par sa propre volonté d'encourager les autres par son propre témoignage.

⁴¹ Catherine Remy, *Accepter de se perdre, les leçons ethnographiques de Jeanne Favret-Saada*, en ligne : <http://sociologies.revues.org/4776?lang=en>

de santé AVEGA-Remera et AVEGA-Rwamagana, que la présente recherche-action démarre.

La même question persiste quant au choix des personnes qui participeront aux groupes que nous comptons mettre en place. C'est toujours le tâtonnement, le schéma mental que nous avons en tête n'est plus d'actualité. La réalité liée au thème de réflexion, au sujet qui fait l'objet de l'étude, et à l'environnement impose des façons de faire différentes : tout n'est pas possible ni accessible au chercheur, comme l'ont déjà signalé Bourguignon & Bydlowski (1995). Il faut absolument construire un autre schéma, disons d'éthique mutuelle, qui tienne compte des propriétés du terrain et des aspirations des acteurs.

Dans le domaine de la recherche de terrain, la convention veut que l'on réduise au minimum les modèles préstructurés et trop rigides (...). On ne peut pas prévoir quels seront les lieux et les acteurs les plus significatifs avant d'aller sur terrain ; les instruments devraient se construire à partir des propriétés du terrain et de la façon dont les acteurs l'appréhendent (Miles & Huberman, 2003, p. 38).

Nous sentons que les conseils de ces auteurs nous renvoient vite à déterminer la population (les acteurs), ce qui n'est pas simple, vu la sensibilité des personnes mises au centre, les survivants infectés par le VIH. Intuitivement, des idées nous viennent et nous conduisent toujours selon la logique exploratoire. Dans les lignes qui suivent, nous décrivons d'abord comment nous avons pu trouver la population qui constitue les groupes initiés dans les deux sites respectifs, à Remera et à Rwamagana.

2.2.4. Choix des acteurs de terrain

La procédure de choix n'a pas été la même sur les deux sites : nous avons commencé par le centre de santé d'AVEGA-Remera au cœur du pays, puis le centre de santé d'AVEGA-Rwamagana, à l'Est du pays. Signalons que nous avons opté pour ces sites parce que c'est avec AVEGA que les portes nous ont été grandement ouvertes. Nous avons travaillé avec 26 mères, soit 11 sur le premier site d'AVEGA-Remera, et 15 sur le site de l'AVEGA-Rwamagana.

Qu'avons-nous pris en considération et comment avons-nous choisi ces personnes parmi tant d'autres qui fréquentaient lesdits centres de santé ? Comment sommes-nous arrivée « à prendre un petit morceau d'un grand univers » (Huberman et Miles, 1991, p. 66) ? Outre la délicatesse éthique qui devait nous guider pour choisir un survivant parmi tant d'autres personnes, il fallait aussi en choisir un nombre limité pour pouvoir approfondir la question et faire un travail de qualité. Outre cela, tenant compte de la durée de cette recherche-action, il fallait aussi considérer des personnes qui soient déterminées et qui garantissent leur disponibilité, mais qui soient aussi en besoin des services offerts par notre dispositif co-construit. Le fait d'être enrôlé dans le programme de suivi pour les personnes ayant un statut sérologique positif et la capacité de communiquer verbalement pour pouvoir faire la narration sont des indicateurs auxquels nous tenions parmi les nombreuses personnes qui avaient besoin de nos services. Celles qui ont répondu à notre demande sont

d'avantage celles qui en avaient besoin. Voici la procédure utilisée pour faire le choix des personnes. Les choses ne se sont pas produites de la même manière sur les deux sites, qui sont différents.

Site d'AVEGA-Remera

Notre démarche commence par comprendre le fonctionnement qui régit le site où nous allions travailler. Le service médico-psycho-social est celui avec lequel nous avons travaillé pour co-construire le cadre de travail et les démarches mises en place pour choisir les acteurs de terrain. Les modalités de travail s'organisent autour de quatre points cruciaux, qui ont été les pierres angulaires des espaces aménagés et servent d'axes d'organisations d'activités.

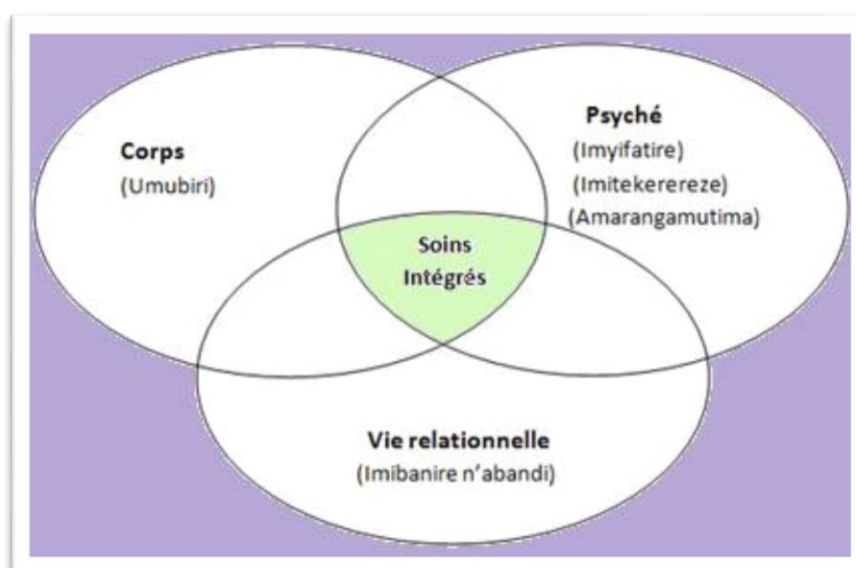
- ❖ Présentation des objectifs de la présente recherche-action, pour que les membres de la nouvelle équipe puissent aussi se les approprier, afin que nous puissions travailler selon une même vision ;
- ❖ Demande de collaboration, non seulement pendant mon séjour sur le terrain, mais aussi pour continuer le même travail, même pendant nos périodes de séjour en Belgique.
- ❖ Convention sur les stratégies à utiliser pour le choix d'un nombre de personnes, forcément limité, qui seront appelées à faire partie de notre groupe de soutien.
- ❖ Enfin, nous avons échangé sur la dynamique particulière de ces nouveaux groupes. Le point focal en était que les facilitateurs laissent les choses évoluer selon le rythme de chacun des membres, sans demander aux sujets de parler de leur histoire, comme c'est souvent le cas.

Le site de Remera fut le premier à être fonctionnel. Le tri des acteurs fut précédé par la période d'information. Les matinées, nous procédions à des causeries éducatives, dans la salle d'attente qui accueille tous les patients avant les consultations. L'équipe soignante était chaque fois présente, cela pour les besoins d'harmonisation des actions que nous étions en train de construire ensemble progressivement. Les thèmes étaient axés sur la santé mentale en général, sur la vie avec le VIH, sur le traitement, sur la prévention, sur le trauma, sur la dépression, sur le deuil et sur la prise en charge, etc. Toute l'équipe soignante était impliquée dans la causerie éducative matinale selon la thématique du jour. Comme l'expérience et le bagage culturel rwandais nous l'avaient appris, nous pensions préférable de broder autour de la question pour amortir le choc. Cette tâche nous est apparue très bénéfique quant à la conscientisation de tout le monde sur le bien-fondé d'intégrer les soins de santé mentale à d'autres soins. À cet effet, nous avons affiché un schéma présentant l'intégration des trois éléments de la vie qui sont en interaction : le corps, la psyché et la vie relationnelle. En ce moment et en ce lieu, nous étions avec la population « tout venant », mais nous avions l'idée d'encourager les personnes qui le souhaitaient à poser une demande pour une prise en charge psychologique. Cette action pédagogique dans la salle d'attente, inspirée par Lalonde, Aubet, Grunberg et leurs collaborateurs (1999), a donc précédé l'œuvre clinique dans un autre espace réduit et protégé. Cette « dose de pédagogie » (Sapir,

1996, p. 102) peut laisser entendre que notre approche visait à influencer, inconsciemment, la personne. Ce n'était pas le cas, notre but était de faire passer un message : celui de l'interaction entre la santé physique et mentale. Pendant les deux premières semaines du mois d'octobre, nous avons travaillé dans la salle d'attente pour des séances psycho-éducatives autour des thèmes susmentionnés. À la fin de chaque causerie, nous faisons une annonce selon laquelle nous planifions d'entrer en contact avec les personnes qui se sentaient concernées.

Nous étions déjà assurée par les autorités administratives de l'AVEGA de la présence permanente du psychologue avec qui nous avons étroitement travaillé. Vendredi 15 novembre 2011, après la séance de psycho-éducation dans la salle d'attente, nous avons accueilli dans un autre local 15 personnes, toutes de sexe féminin. Après leur avoir expliqué les objectifs de la recherche, la part de chacun de nous, leur régularité pour toute la période de la recherche, seulement 8 mères ont pu rester. À la séance suivante, les infirmières en ont contacté deux autres en raison de leurs problèmes psychologiques connus de l'équipe soignante. Vers la fin du mois de janvier 2012, une autre mère fut intégrée dans le groupe des 10 ; elle avait été informée par l'une des 8 et, lors de sa visite à la clinique, elle posa sa propre demande à l'équipe médicale et c'est l'une des infirmières qui nous a contactée pour elle. Après la concertation des 10 qui se rassemblaient depuis déjà 2 mois, nous l'avons intégrée aussi suite à la proposition de l'équipe soignante.

Les membres du groupe auraient trouvé préférable de se rencontrer à une fréquence d'une fois par semaine, mais pratiquement il n'était possible de se réunir que deux fois par mois, à cause, d'une part, de la limite des ressources financières et humaines et, d'autre part, des autres activités du centre de santé. Déjà, nous avions à modifier le cadre spatiotemporel pour ajuster nos actions à plusieurs autres activités du centre de santé qui se succédaient dans la même salle. Un préalable indispensable était celui d'expliquer les éléments en interaction continue qui, tous, méritent des soins. Un aide-mémoire, pour souligner les interactions entre le corps, la psyché et le social, était représenté sur un carton comme suit :



Trois éléments en interaction dynamique pour l'équilibre psychologique

En résumé pour le site de Remera, les 11 mères ont été sélectionnées de trois façons différentes. Les 8 premières en ont ressenti le besoin, après l'information fournie dans la salle d'attente, les 2 suivantes ont été proposées par les soignants, la dernière a été informée par sa voisine et amie qui était déjà dans le groupe. Au commencement, la fréquence était de deux fois par mois ; au fur et à mesure de l'évolution, nous avons travaillé à une fréquence d'une fois par mois, puis d'une fois tous les deux mois. Nous avons clôturé les actions de terrain après avoir conclu sur une fréquence d'une fois tous les trois mois. Ces séances si espacées, nous les avons qualifiées de séances de ressourcement. Les séances pré-commémoratives mises en place par la suite sont indépendantes de cette fréquence. La dynamique s'est déroulée comme suit :

Pendant le premier temps de terrain, (septembre 2011-avril 2012) il y a eu 12 séances. Elles se sont étalées sur les 6 mois à une fréquence de 2 par mois, de novembre 2011 à avril 2012. Les mois de septembre et octobre 2011 furent pour nous un moment de prise de contact avec les autorités administratives et l'organe d'éthique (*Rwanda National Ethic Commity*). Pour le deuxième temps de terrain (septembre 2012-avril 2013), nous avons compté 11 séances qui ont eu lieu d'octobre 2012 à mars 2013. Enfin, pour le troisième temps, nous avons eu 7 séances, soit 30 séances pour tous les trois temps de terrain. Les détails seront fournis dans le tableau synthétique qui viendra après avoir montré comment le groupe de Rwamagana a été mis en place.

Site de Rwamagana

Selon le schéma mental élaboré avant d'aller sur terrain, nous devions travailler avec un des sites d'AVEGA à Remera et un autre de WE-ACTx au centre de santé de Nyacyonga. Lors de nos premiers contacts, la visite effectuée dans le centre de santé de Nyacyonga nous a dissuadée de travailler avec WE-ACTx, si ce n'est y faire des entretiens évaluatifs du dispositif que nous y avions antérieurement construit. Non seulement WE-ACTx ne me garantissait pas de trouver le personnel pour faciliter les nouveaux groupes à mettre en place dans le cadre de cette étude, mais, en plus, les patients sont attachés aux groupes existants dont les membres se réunissent autour d'activités de fabrication de bijoux. C'est à partir de là que l'idée de trouver un autre site s'est construite en nous. Au regard de la qualité de l'accueil et des échanges avec AVEGA et vu l'intérêt que les autorités administratives nous ont témoigné pour la présente étude, nous avons décidé de travailler seulement avec AVEGA. Ainsi, en plus du site de Remera situé dans la ville de Kigali, nous avons aussi travaillé à l'autre site situé dans une région rurale, mais qui reste facilement accessible, le site de Rwamagana, à l'Est du pays.

Nos premiers contacts furent d'emblée prometteurs. Si les échanges ont été bons, voire excellents, il n'en reste pas moins que le travail y serait plus difficile qu'avec le site de Kigali, à Remera, parce que là il n'y avait pas de moyens financiers liés au déplacement pour faciliter les déplacements des patients pour venir régulièrement au rendez-vous.

« *Vous venez à point nommé* », nous a-t-on appris, dès l'abord. Il y a des mères et des enfants qui ont besoin de vos services et il faut choisir en commençant par celles qui sont en plus grande souffrance plus que les autres. « *Nous les connaissons déjà, nous allons les inviter.* » Nous avons quand même insisté sur notre souhait de travailler avec le système familial, surtout pour garder l'objectif de construire un dispositif touchant aussi les enfants et adolescents qui constituent le Rwanda de demain. Ce souhait a emporté leur accord, étant donné l'état des besoins. « *Choisissez alors 10 mères parmi les plus vulnérables* », avons-nous proposé. Les deux interlocuteurs nous regardèrent et prononçant en même temps, sur un ton rieur : « *10 cas ?* ». Puis l'un des deux poursuivit : « *Arrête les théories, sois quand même réaliste et pragmatique.* » La proposition fut de prendre le maximum de personnes possible, mais en gardant un nombre de cas gérable. « *Au moins 15* », dit l'un. « *C'est quand même gérable* », ajouta l'autre. Et nous de dire simplement : « *D'accord* ».

On aura compris que le Rwanda post-génocide est un cas unique en son genre. Finalement, la réalité nous a imposé de travailler avec 15 femmes au lieu de 10. Leurs rendez-vous médicaux, liés à leur approvisionnement en traitement antirétroviral, ont ainsi été placés le même jour pour que, juste après les soins médicaux, elles se rencontrent en groupe de soutien. Le tri a été fait par la psychologue, en fonction des critères qui répondaient à la thématique de notre travail de recherche-action. La fréquence fut d'une rencontre par mois.

Pendant les 4 derniers mois de 2011, aucune séance n'a eu lieu à ce site. Une autre particularité s'est passée pendant le troisième temps de terrain. Nous avons eu deux séances

au mois de janvier et de février, l'une prévue et l'autre précommémorative. Nous avons déjà commencé à mettre en place l'idée des séances près-commémoratives.

Nous avons dénombré en tout 17 séances avec ce groupe de Rwamagana. Nous tenons à signaler que pendant notre absence physique, les séances n'ont pas été régulières comme ce fut le cas à Remera. Suite à des imprévus et autres obligations, la seule psychologue ne pouvait pas se consacrer seule au groupe, contrairement à ce qui s'est passé sur le site de Remera, où d'autres personnes étaient toujours disponibles, comme des stagiaires. A Rwamagana, nous n'avons connu qu'une seule stagiaire pendant notre tout dernier temps de terrain. Mais les mères ne rataient jamais l'occasion de se rencontrer, même si la facilitatrice était empêchée. « *L'essentiel était pour nous ce moment à nous. Même un simple bonjour nous suffisait. Nous apprenions vite les nouvelles les unes des autres, ou nous partagions le trajet à pied pour rentrer, ça nous faisait du bien* », disaient les mères. La séance du 6 avril 2012 sera présentée particulièrement, en raison de ce qu'elle nous a apporté comme recommandations qui ont contribué à la restructuration continue de notre méthodologie et de notre calendrier de travail sur le terrain. Les détails liés aux séances groupales sont synthétisés dans le tableau ci-dessous.

Tableau synthétique de la dynamique de séances groupales entre mères

Régions	Année	Temps	Total	Mois							
				Sep.	Oct.	Nov.	Déc.	Jan.	Fév.	Mar.	Avr.
Remera			30								
	2011	T ₁	4	C	C	2	2				
	2012	T ₁	8					2	2	2	2
		T ₂	6	C	2	2	2				
	2013	T ₂	5					1	1	2+1	0
		T ₃	3	C	1	1	1				
	2014	T ₃	4					a ₁	1	3	0
Séance de resourcement à initier											
Rwamagana			17								
	2011	T ₁	0	C	C	C	C				
	2012	T ₁	4					1	1	1	1
		T ₂	3	C	1	1	1				
	2013	T ₂	3					C	1	1	1
		T ₃	3	C	1	1	1				
	2014	T ₃	4					1+1	1+1	0	0
Séance de resourcement à initier											

C : Prise de contact

0 : Économie psychique du chercheur pour l'œuvre à la communauté

1 : Processus de sevrage pour le site de Remera et fréquence d'une fois par mois pour le site de Rwamagana

1+1 : Initiation des séances pré-commémoratives à Rwamagana

2+1 : Initiation des séances pré-commémorative à Remera

a₁ : La fréquence est déjà réduite à une fois tous les deux mois. Fusion de deux séances en une seule.

Après ces préalables qui nous ont permis de nous mettre dans l'action, poursuivons avec la description des méthodes « bricolées » pour le recueil des données. Mettons d'abord en relief le portrait général de notre étude.

2.3. Recherche-action et recueil des données

Le présent travail s'inscrit dans le cadre d'une recherche-action. De par son essence même, un tel travail revêt quatre formes qui sont indissolublement liées : une recherche-action est « appliquée, impliquée, imbriquée et engagée » (Mucchielli, 2011, p. 216). Nous nous inspirons de Mucchielli qui précise la façon dont les actions se construisent progressivement. Par son approche de proximité, avec l'objectif d'apporter un changement positif à un système par l'intervention des acteurs de ce même système (Paillé, 2007), notre travail de recherche-action se propose de poursuivre la création d'espaces d'intervention pour la reconstruction psychique du sujet.

(1) Elle est *appliquée* à l'action de la mère survivante et de son enfant et, à partir de leurs actions, d'autres furent entreprises. C'est-à-dire que rien n'a été mené uniquement à *propos* de la mère et de l'enfant, acteurs de cette recherche-action, mais avec eux, et selon leurs demandes.

(2) Elle est *impliquée*. Le pari positiviste de l'observation neutre et externe qu'ont souligné Watzlawick, Beavin, & Jackson (1972) s'est avéré quasiment impossible. Dans des situations traumatiques, envisager une telle mise à distance serait seulement idéologique. Pratiquement, la réalité est toujours teintée de surprises qui impliquent et le chercheur et les autres acteurs qui font l'objet de la recherche de terrain, malgré que le premier soit en mouvement continu de distanciation et d'implication.

(3) Elle est *imbriquée* en ce sens que tous les acteurs s'inscrivent dans leurs champs d'action sociopolitique. Entre le chercheur et ses collaborateurs – nous voulons dire les acteurs faisant l'objet de la recherche – il y a des liens qui les unissent (Van Der Maren, 1996), car tous sont souverains dans leur milieu, ou du moins ils y occupent une place légitime (Paillé, 2007).

(4) Elle est enfin *engagée*. Cette dimension semble étroitement liée à la première du fait que la recherche-action s'engage activement dans l'action. Elle n'est pas étrangère à celle-ci et elle ne l'observe pas à distance. Dans le contexte qui est le nôtre, cet engagement réside dans l'aménagement des espaces de reconstruction psychique du sujet. La dimension expérimentale réside dans ce sens que chaque action s'ouvre par l'évaluation de celle qui la précède, pour enfin entreprendre l'étape suivante, et ainsi de suite, avec l'espoir d'en arriver à un aboutissement utile individuellement et socialement.

L'espace de construction de liens entre adultes et celle de construction de liens entre adultes et enfants qui sont décrits respectivement dans le troisième et le quatrième chapitre de cette thèse en sont des exemples, qui synthétisent ces quatre caractéristiques d'une recherche-action. Selon notre façon de procéder, à telle étape ou à telle autre, on peut

remplacer la dimension d'« action », par celle d'« intervention », d'« expérimentation », ou de « formation » (Paillé, 2011). Dans le premier cas de figure, notre approche porterait le format d'une recherche-intervention, par le fait que tout au long de sa conduite, nous ne faisons qu'intervenir au niveau de certaines problématiques rencontrées, particulièrement celles d'ordre psychologique et social, comme en témoignent les chapitres qui traitent des données issues de l'espace « mère » et celles issues de l'espace « enfant ». Quant à la dimension d'expérimentation, on ne peut pas l'écarter de cette logique d'intervention. Nos interventions avaient pour but d'essayer systématiquement et d'une façon réflexive nos stratégies d'intervention et nos méthodes de recueil des données.

Pour le troisième cas de figure lié à la dimension de formation, nous pouvons simplement le situer, à plusieurs niveaux d'intervention. Ciblons à titre d'exemple, la co-facilitation du groupe de soutien avec les stagiaires issus des différentes universités et des membres de l'équipe soignante. Ce temps était toujours suivi d'échanges formatifs autour de telle situation ou telle autre. Comme la formation n'était pas notre objet principal, nous gardons simplement l'idée que notre recherche-action est de type intervention. C'est d'ailleurs uniquement nos stratégies d'intervention que nous avons pris soins d'élaborer en détail. Cependant la dimension de formation, qui normalement prend place dans des recherches-actions en éducation (Paillé, 1994), celle que les exigences éthiques nous ont imposée, surtout quant au choix d'acteurs dans la salle d'attente, méritait d'être explicitée. Les connaissances produites grâce cette méthodologie de la recherche-action seraient certainement inaccessibles par d'autres voies (Hugon & Seibel, 1986). Les premiers moments sur terrain nous avaient en effet montré que le quotidien d'avant n'opère plus (Uwineza et Brackelaire, 2012).

Après ce portrait général de la recherche, relatons dans les lignes qui suivent les détails quant à la façon dont nous avons pu bricoler le choix des méthodes de recueil des données. Il s'agit d'une action qui s'est réalisée en écoutant les désirs de nos acteurs de terrain. Bien que nous soyons partie sur le terrain avec un schéma mental, nous avons essayé des approches beaucoup plus souples, toujours pour voir comment les choses progressaient dans la voie inductive. Avec cette façon d'agir, le cadre conceptuel a émergé empiriquement du terrain, au fur et à mesure de l'état d'avancement de l'étude. M. Huberman et B. Milles (1991) précisent que l'on ne peut pas prévoir quels seront les lieux et les acteurs les plus significatifs avant d'aller sur terrain et que les instruments devraient se construire à partir des propriétés du terrain et de la façon dont les acteurs l'appréhendent ; c'est ainsi que nous avons procédé. Mais aussi si en raison des caractéristiques contextuelles du terrain. Disons un mot autour du terrain particulier avant de détailler les outils auquel nous avons eu recours.

2.4. Particularité du terrain et outils en agencement

Nous pensons que les initiateurs des outils dont nous nous sommes inspirée et ceux qui les ont développés ensuite pourront tolérer le fait que nous les ayons appliqués dans une logique autre que celle pour laquelle ils étaient conçus. En raison de la double complexité

de la thématique – interne et externe – dont cette thèse traite, nous avons dû nous servir du schéma-modèle de ces outils, mais nous avouons que leur application dépendait du contexte du jour. Par exemple, pour les entretiens semi-directifs, nous avons eu recours à un guide d'entretien, mais qui, en réalité, n'a jamais été pu être mené dans sa totalité. Avouons même que nous nous sommes basée principalement sur l'offre circonstancielle de terrain. L'outil de « récit de vie », proposé par l'approche biographique, est aussi utilisé avec des remaniements ; cela conduit à un cadre autre que celui que les initiateurs (Bertau, 2005) ont mis en place. Convions-y le lecteur.

Comme nous l'avons dit plus haut, nous avons travaillé dans les deux sites de l'Association des veuves du génocide-Agahozo (AVEGA). Là-bas se trouvent des personnes de générations différentes. Toute la génération des personnes âgées est appelée « *maman* », « *tante* » ou « *tonton* » par les plus jeunes. Les collègues de travail sont des « *frères* » et « *sœurs* », des « *cousins* » et des « *cousines*. » Une personne peut occuper différentes positions, selon les circonstances. La même personne peut être *maman* pour tel, *tante* pour l'autre, etc. Les patients et les soignants ne font pas exception. La lecture des rapports et d'autres travaux qui s'y sont antérieurement déroulés ne soulignent pas cette réalité. Nous l'avons aussi remarqué dans le langage d'Esther Mujawayo quand elle évoque la solidarité des mères de l'AVEGA (Mujawayo & Belhaddad, 2011) qui rappelle celle des Mères de la place de Mai à Buenos Aires, décidées à obtenir des nouvelles de leurs enfants disparus pendant le temps sombre de la dictature (Gómez-Mango, 1992). Nous avons remarqué personnellement que cette structure d'AVEGA est aussi le résultat d'une construction qui vient de soi et qui a pris un certain nombre d'années. Signalons que, même dans les groupes de soutien mis en place pour la présente recherche-action, une structure pareille s'est elle-même construite. Constamment, la gestion de ces transferts massifs prenait assez de temps, pour permettre un travail de symbolisation. C'est à ce carrefour de liens que nous avons été constamment confrontée à des mouvements d'implication et de distanciation dans nos démarches. Ces outils nous ont servi de repères pour recueillir les données.

2.4.1. La démarche clinique

Par essence, l'activité clinique (du grec '*klinê*', le lit) était l'affaire du médecin qui, près du lit de son patient, examine les signes de la maladie et les réactions pendant qu'il l'interroge et l'écoute. Puis, le terme fut transposé à l'examen des sujets (individu ou groupe) même sains en psychologie clinique, en psychologie sociale et en anthropologie, etc. Bien qu'en janvier 1899, S. Freud ait déjà employé l'expression « psychologie clinique » dans une lettre adressée à W. Fliess, on attribue aussi à Daniel Lagache le fait d'avoir évoqué, dès l'année 1949, « la méthode clinique », en faisant une étude approfondie des cas individuels. Cette méthode se structure autour de trois **postulats** : à savoir *le postulat dynamique* qui stipule que les conflits intra et intersubjectifs se passent dans le psychisme humain ; *le postulat interactionniste* qui définit l'état du milieu psychique – milieu interne – et le milieu social, – milieu externe – sur lesquels reposent la conduite qui

est la réaction du sujet ; et enfin le **postulat** *génétique* qui retrace la personnalité en évolution dès sa genèse, avec ses moments de crise et de stabilité en alternance. Ce postulat souligne que le sujet doit être placé dans son histoire et dans l'histoire de son environnement. Ladite histoire n'est pas linéaire, comme le fait remarquer Didier Anzieu (1974) qui est cité par Barry (2010). Elle est faite de périodes de progression, de régression, de stagnation, etc. Ainsi, la conduite de l'individu à un moment défini est le produit de son passé et de ses projets.

Très récemment, Yves Clot et ses collaborateurs ont évoqué le concept de « clinique de l'activité ». La « clinique de l'activité » est usuelle dans le domaine de l'ergonomie et dans celui de la psychologie du travail (Clot, Y., Prot, & Wherte, C., 2001). Le courant clinique survient donc sans que les pratiques soient menées au chevet du malade. Ledit courant dit intervenir tout simplement auprès des acteurs. La démarche permet au professionnel de « construire des connaissances à partir de situations particulières dans lesquelles il est impliqué » (Cifali, 1999, p. 981). Nous avons enraciné notre recherche dans cette démarche en raison de ses nombreuses caractéristiques et, en particulier, nous l'avons retenue suite au mérite d'être en *lien avec la pratique*, que ce soit dans une situation duelle ou en situation groupale (Revault d'Allonnes et al. 1989). L'importance qu'elle attribue à *la relation* nous a paru singulièrement pertinente puisque notre travail auprès des sujets avait affaire avec, dans et sur la « relation ». Dans la présente recherche-action, la distance, le rapprochement, la méfiance, la confiance, les transferts massifs, étaient au centre du travail lié aux relations du sujet, ce dernier lui-même ayant une place centrale en clinique. Cela rejoint en quelque sorte une autre caractéristique, celle qui est prise en compte dans *l'implication d'un clinicien-chercheur* en quête de recul, de distance et de conscience. Cette dynamique pose la question des référents théoriques, notamment du transfert et de la gestion des phénomènes transférentiels connus en psychanalyse. Mais en même temps, face à la multiplicité et la conjugaison des différentes méthodes d'intervention auxquelles nous avons eu recours dans cette démarche, le temps pris pour essayer ces méthodes avec une réflexion critique sur l'aspect des soins à dispenser auprès du sujet-objet de notre recherche nous a apporté un éclairage singulier, dans l'objectif de comprendre le langage de la souffrance des personnes avec qui nous travaillons (Duruz, 2008).

Cet aspect nous rapproche fortement de l'anthropologie clinique, par le fait de poursuivre l'un de ses objectifs, à savoir que la démarche clinique a aussi un engagement dans le champ social. Elle est toujours en évaluation et en réévaluation du social. Elle accorde une place prépondérante à l'histoire du sujet, aux événements contextuels et au rapport que le sujet établit entre ces événements et lui-même. Les liens sociaux, les représentations sociales, les systèmes de valeurs, les idéologies, les groupes identitaires, la trajectoire personnelle et sociale de la personne sont les éléments sociaux auxquels nous avons affaire dans cette démarche.

La dernière caractéristique de la démarche clinique que nous souhaiterions souligner est celle du rôle de la demande. La démarche clinique a toujours affaire à une demande exprimée par un sujet ou par un groupe. Dans notre recherche-action, la demande était plutôt suggérée, ou exprimée par quelqu'un d'autre. Nous n'éliminons donc pas la nécessité

d'une demande exprimée, seulement nous attirons l'attention de notre lecteur : nous avons affaire à une demande implicite. Pour les enfants, l'offre s'est présentée avant la demande émanant d'eux-mêmes. Elle fut posée par les parents et fut suggérée aux « enfants ». Le travail capital fut celui de la reformuler, de la retravailler pour la rendre explicite, afin qu'elle soit propre au sujet et non suggérée.

Telle est la trajectoire de l'approche ESI (Encourager, Suggérer ; Informer) qui se prolonge même pendant la séance proprement dite. La tâche est facilitée par le fait que la responsabilité de chacun dans les trois actions qui constituent cette approche est cette fois-ci partagée.

La dimension « clinique » dans le présent contexte est non seulement liée à « la souffrance », à « la maladie » au sens de Laplantine, (1992, p. 153) et aux soins, mais elle est désignée aussi essentiellement comme une attitude de co-construction de savoirs à parité dans la dissymétrie positionnelle. Cette attitude exige de chacun de nous, chercheur et acteur, de n'être plus centré sur soi-même et de n'être jamais dans « l'illusion de la maîtrise » (Cifali, 1999, p. 134). Il faut plutôt accepter l'incertitude, ainsi que ce que peut apporter l'autre.

Dans cette recherche-action, nous avons opté également pour la démarche clinique en raison de sa particularité de considérer l'individu ou le groupe dans « sa singularité historique et existentielle » (Mucchielli, 2011, p. 19). Cette démarche qui mène principalement à la formulation d'un diagnostic nous a permis d'aborder le cas en profondeur, sans pour autant nous fixer sur l'impression du diagnostic, car cet aspect ne faisait pas partie de notre objet de recherche. Nous ne visions qu'à appréhender le vécu du sujet dans « sa totalité » et de co-produire un sens par rapport à ce qui se passe en lui et hors de lui et, ce faisant, à aboutir à un changement. Cette dynamique nous a permis d'élaborer des hypothèses et de nouvelles stratégies d'intervention. Tout a été possible grâce à la relation personnelle nouée avec le sujet en tant qu'individu unique et/ou en tant que groupe unique. Cette relation consiste essentiellement dans le geste de tendre la main, dans le fait de donner la parole au sujet, de l'écouter, même dans son silence, et de le comprendre. Grâce à la logique ainsi adoptée, la personne, longtemps considérée comme être « malade », « vulnérable », « précaire », peut devenir acteur principal de sa santé, en même temps qu'elle contribue à l'amélioration de la santé de ses proches et à la construction d'espaces d'interventions nécessaires pour les soins aux autres.

Dans la présente recherche-action, la démarche clinique est à associer au pôle intervention. Elle n'est donc pas à percevoir comme un travail supplémentaire. Elle est à comprendre comme une éthique qui nous a permis de co-construire un savoir transmissible. Nous l'avons considérée comme pivot principal de toute notre action.

2.4.2. Entretiens semi-directifs

C'est par les entretiens que nous avons pu découvrir « les aspects à prendre en considération », principalement pour la formulation des hypothèses, le choix des lectures à faire et surtout pour co-produire le sens de la parole libérée ou de la situation phénoménologique qui s'intercale, pour enfin cheminer vers le changement et/ou l'intégration. Nos entretiens ont été effectués dans un cadre groupal et/ou individuel en cas de besoin.

Comme la visée de recherche était toujours parallèle à la visée thérapeutique, ce moment d'entretien était fondamental. Cette perspective offrait l'opportunité de travailler les situations que nous impose la réalité du terrain. C'est de ce moment que dépend la crédibilité du matériau récolté, moment qui fut le portail d'entrée dans le champ intersubjectif où peuvent se libérer d'autres aspects du problème auxquels nous ne nous attendions pas. Cela justifie la raison pour laquelle notre guide d'entretiens s'est progressivement construit. Les questions ont été posées d'une façon ouverte, sur le « comment » et « la quête du point de vue » et du « ressenti » quant à la situation, manière de structurer et d'éclairer le dialogue. Ici, nous évitons une posture qui questionne, pour rester dans l'ancienne culture que prêchent les sages Rwandais: *Abanyarwanda ntibabaza, baraganira*⁴². Par cette façon de dire, ces « philosophes » traditionnels voulaient simplement faire allusion à l'importance de donner du temps à la parole qui est porteuse de signification, une fois qu'elle est spontanément libérée et au moment opportun. Ainsi les entretiens semi-directifs ne nous ont servi que comme technique pour ramener notre interlocuteur dans le circuit, en cas d'interruption pour diverses raisons. Nous admettons que notre méthodologie est bricolée, nous essayons de lui trouver une qualification et nous la qualifions de méthodologie négociée. Bien que le dispositif fût principalement groupal, nous avons considéré l'individu, le groupe dans sa singularité historique et existentielle, pour l'appréhender dans sa totalité. Le support groupal n'était qu'un « contenant » ou une « enveloppe » (Anzieu, 1987 ; Kaës, 1976). Il joue un rôle de soutien et protection (*holding*) et de prise en charge (*handling*), entendus dans le sens de Winnicott (2010, p. 15) quand il évoque les fonctions maternelles sécurisantes et quand il délimite l'espace intersubjectif pour le déploiement de la parole.

2.4.3. Récit de vie

« La méthode des récits de vie est une méthode de recueil et de traitement de récits obtenus auprès de personnes rapportant leur vécu quotidien passé ou présent » (Mucchielli, 2011, p. 221). Elle prend son essence dans le champ de l'anthropologie et de la sociologie. Ce n'est que tardivement qu'elle s'est développée dans le champ de la psychologie où elle reste fort présente (McAdams, 1985 ; Bruner, 1987 ; Legrand, 1993 ; Rosenthal, 1993 ;

⁴² Les Rwandais ne posent pas de questions, ils dialoguent.

Plummer, 1995, cités par Fohn, 2011, p. 155). A la fin du 20^e siècle, face à « la crise des grands récits », émerge la méthodologie d'intervention par le récit de vie (Vincent de Gaulejac et Michel Legrand, 2008). Avant l'introduction de l'expression de « récit de vie » par Daniel Bertaux (1976), on utilisait celle d'« histoire de vie » (*life history*). La distinction entre l'histoire vécue par la personne et le récit qu'elle est capable d'en faire étant une nécessité, on reprocha à la tournure de « histoire de vie » de ne pas souligner cette différence d'où l'utilisation du récit de vie comme produit d'une forme particulière d'entretien, l'« entretien narratif » (Bertaux, 2010, p.10)

Dans le contexte de cette recherche-action, nous utilisons aussi l'appellation « méthode du récit de vie », faute d'expression plus appropriée au contexte stratégique auquel nous avons eu recours pour recueillir les données tout au long de cette thèse. Il nous a été impossible de suivre la ligne tracée par Bertaux (2010, p. 35), par rapport à sa conception du récit de vie « [...] il y a récit de vie dès lors qu'un sujet raconte à quelqu'un d'autre, chercheur ou pas, un épisode quelconque de son expérience vécue. Le verbe « raconter » (faire le récit) est ici essentiel ». Il nous a été donné de voir que le discours pouvait prendre, en partie, la forme narrative tout au début, puis le sujet se noyait dans des émotions qui installent le silence dans la suite et le sujet n'arrive pas à reprendre la parole. Il pouvait facilement enjamber une partie de son récit, surtout celle qui a trait au nœud de sa souffrance, ou simplement recourir à un discours descriptif d'événements diachroniques. L'établissement du rapport entre ces événements pouvait varier d'un sujet à l'autre. Il y en a même qui ne font que les juxtaposer, sans rien préciser du rapport entre eux. Il s'agit de cette forme que Bertaux (2010, p. 36) qualifie de « chronique. »

Le même auteur nous laisse la liberté quant à l'utilisation de cet outil en deux occasions : premièrement, en distinguant la conception *maximaliste* du récit de vie de la conception *minimaliste*, dans laquelle on reconnaît la présence du récit de vie « dès qu'il y a dans l'entretien, apparition de la forme narrative pour raconter une partie de l'expérience vécue » ; et deuxièmement si l'on distingue la fonction exploratoire, analytique de la fonction expressive du récit de vie (Bertaux, 2010, p. 48-53). Bien que nous n'ayons pas pu suivre ses indications à la lettre, ses idées ne manquent pas de nous inspirer.

C'est particulièrement Michel Legrand (1992, p. 504) qui nous autorise à nous approprier cet outil, en différenciant « le récit de vie-intervention » du « récit de vie-recherche. » Le terme « intervention » est pris dans le sens que lui confère Vincent de Gaulejac (2008, p. 14) : « une pratique qui utilise les récits de vie visant à répondre à une demande et produire des effets de changements pour des personnes, des groupes et des collectifs ». Nombre de références, qui sont riches en enseignements, sont de nature à nous instruire. Pour ne citer qu'elle, Virginie Poncelet (2007) a effectué un travail de recherche en faisant appel au récit de vie auprès de patients en rémission d'un cancer. Elle a opté pour l'approche biographique du récit de vie, uniquement pour la recherche. Cette approche « donne une vision d'ensemble structurée et relativement complète de l'existence de la personne ». Concernant la visée d'intervention que nous avons préféré agréger à la première, Poncelet (2007) ne la préconise pas car « l'histoire n'est rapportée que par bribes et morceaux qui finissent par composer une vision d'ensemble mais qui met beaucoup de

temps à se constituer ». Pour le cas qui est le nôtre, les deux objectifs ont été complémentaires parce qu'il était impossible de ne viser que la recherche. Ce qui comptait pour nous n'était pas d'avoir la totalité de l'histoire, mais plutôt de permettre au sujet de nouer ces bribes et morceaux dans la mesure du possible, de faire une sorte de pont, de trait d'union, ou tout simplement d'arriver à trouver le sens du vide pour pouvoir continuer le cours de la vie ou de la survie.

Nous nous permettons de qualifier cette démarche de « bricolage », comme une approche biographique qui se déroule en séquences de temps et qui est subordonnée à l'entretien semi-directif, dans un cadre aussi sécurisant que possible, surtout que le sujet a parfois à narrer une histoire qui fait taire (Munyandamutsa, 2008 ; Gishoma et Brackelaire, 2008 ; Roisin, 2010 ; Metraux, 2004 ; 2011 ; Cyrulnik, 2005), « qui fait honte » (Cyrulnik, 2010), ou qui est méconnue du jeune (Uwineza et Brackelaire, 2014). Quand on fait un récit de vie ou quand on narre une histoire de vie dans de tels contextes – contexte de trauma, de deuil et des deuils – ce qui est en jeu, « c'est la question de savoir comment relancer la vie, comment continuer à vivre en lien avec notre passé, malgré l'inexorable de la mort, de la mort qui nous attend, de la mort qui nous habite et de la mort qui habite notre prochain » (Vargas-Thils, 2013, p. 280).

Cette façon de faire a été utile aussi bien du côté du sujet que du côté du chercheur. Le premier ne se sentait pas « obligé de raconter », action que la plupart des gens esquivent du fait que raconter l'histoire de la vie les invite « à penser... *Et penser fait peur car on ne pense qu'à un voyage long, des chemins sinueux et des nuits qui ne se terminent pas, pour voir le jour ...* ». Ces propos que nous ont rapportés certaines femmes sont repris par l'une d'elles (Concilia). En même temps, on ne peut s'empêcher de songer à *La terreur de penser (Sur les effets transgénérationnels du trauma)* (Ginestet-Delbreil, 2002) que plusieurs auteurs ont abordé très récemment (Uwineza et Brackelaire, 2014) en s'appuyant sur des travaux antérieurs, ceux de Jean Gagnepain, de Freud, de Ferenczi, de Lacan, de Dolto et bien d'autres. Chacun interroge à sa façon la façon dont un individu peut endurer la souffrance d'un trauma qui n'a pas de sens pour lui et qui est causé intentionnellement par l'autre. Situation dans laquelle penser devient impossible pour certains (Ginestet-Delbreil, 2002).

La méthode nous a ainsi permis d'appréhender le problème dans la perspective historique. « L'avant » et « l'avant de l'avant », « le pendant », « l'après » et leur trois moments (avant-pendant-après), ont été décrits au rythme du sujet. Cela nous a aussi permis de nous rendre compte des mouvements transféro-contre-transférentiels qui émergent dans nos espaces d'intervention entre les acteurs eux-mêmes, entre les acteurs et nous-même et d'autres soignants. Cela nous a aussi amenée à repérer des stratégies défensives et, après-coup, à la co-construction du sens. Ainsi, « les bribes et morceaux » (Poncelet 2007) d'histoires libérées sont progressivement « mastiquées » pour être « digérées » par le sujet, car le récit libéré passe par la médiation de l'autre à qui le narrateur l'adresse.

Nous avons donc fait appel à la méthode du récit de vie pour deux finalités : la finalité d'intervention et la finalité de recherche qui se faisait à partir « d'une trame orientant les récits obtenus sur les thèmes » qui émergeaient (Mucchielli, 2011, p. 221). Par ces deux finalités, le gain est tridimensionnel. Il y a la dimension **épistémique** pour les nouvelles connaissances produites après l'analyse qui sont liées, d'une part, au passé, au présent et à l'avenir du sujet et, d'autre part, aux ressources et aux contraintes qui conditionnent son parcours ou sa destinée ; la dimension **thérapeutique** pour le changement qui s'opère ; et la dimension **formative**, par l'éclairage des coins obscurs autour du sens de la vie, entraînant ainsi des remaniements de la dynamique identitaire.

Dans l'espace « mère », nous avons rencontré 26 mères, 11 sur le site de Remera et 15 à Rwamagana. Les résultats de ces récits ne seront pas présentés séparément des résultats obtenus par d'autres outils. Les résultats du récit de vie fournis par un seul cas de mère pendant le dernier temps de terrain seront présentés. Nous avons rencontré 21 enfants dans l'espace « d'enfants », 11 sur le site de Remera-Kigali et 10 sur le site de Rwamagana. La manière dont nous avons procédé pour présenter les résultats recueillis dans l'espace « mère » est la suivante : l'ensemble des récits fournis à différents moments est utilisé pour reconstituer l'histoire individuelle dans l'ensemble du groupe. Nous voulons simplement dire que, dans le contexte qui est le nôtre, le récit de vie tel que nous l'avons fait narrer et tel que le sujet l'a livré à sa manière a été utilisé tant pour le sujet que pour le groupe. Particulièrement, dans l'espace « enfant », vous remarquerez que les fragments d'histoire de vie de tel ou de tel autre nous ont servi pour retracer le statut de l'enfant dans l'après génocide. C'est la même chose pour l'espace « mère ». Le fragment libéré est utilisé pour reconstruire la personne qui l'a libéré en même temps pour l'autre qui est à son écoute. Comme le soulignent Coopman & Janssen (2010), la narration de son histoire permet de lier ce qui apparaît comme ruptures et discontinuités en produisant des effets de sens. C'est au niveau de ces ruptures et discontinuité que l'autre reprend le relais et ainsi les membres du groupe s'entraident pour renouer les fragments de mémoire de l'histoire de vie en y accordant du sens. On comprend que nous avons essayé la méthode de récit de vie non seulement en entrevue individuelle pour des cas particuliers, mais aussi et surtout dans le dispositif groupal que nous décrivons immédiatement.

2.4.4. Groupe de soutien

L'expérience passée nous avait recommandé de travailler principalement dans un dispositif groupal. Ainsi, pour notre recherche-action, un dispositif groupal a été initié, mais l'écoute individuelle n'a pas été exclue en cas de nécessité. Ceci pour ne pas laisser l'identité individuelle se dissoudre dans le collectif. Signalons que le dispositif groupal est considéré comme un espace de recueil des données et d'intervention. Le dispositif d'entrevue individuelle est conçu pour épauler l'individu personnellement, en vue de fournir, ailleurs qu'en groupe, l'énergie qui lui permettra de faire partie du groupe, pour offrir et/ou pour bénéficier de quelque chose de constructif.

Au sujet du dispositif groupal, certaines personnes utilisent les termes de « groupe de parole » (Zajde, 2005), d'autres utilisent ceux de « groupe thérapeutique » ou simplement de « thérapie/psychothérapie de groupe » (Guimón & Weber-Rouget, 2002 ; Chapelier, 2015; Foulkes & Anthony, 1969). Il y en a qui parlent de « groupe de soutien psychologique » comme nous-même. En général, à part le groupe de parole où les membres définissent au préalable le thème de la rencontre, tous ces groupes ont comme finalité un changement psychologique positif. Pour ce qui nous concerne, nous préférons faire usage de la notion de « groupe de soutien » plutôt que de groupe thérapeutique ou de groupe de parole, simplement pour une petite nuance qui découle des caractéristiques des membres de nos groupes, particulièrement de leur dynamique interactionnelle. Bien que nos groupes soient également thérapeutiques dans le cadre de la recherche, par l'usage des termes groupe de soutien (sous-entendu psychologique), nous voudrions ne pas placer à l'avant-plan l'étiquette médicale ou psychologique qui donne à la personne un sentiment de faiblesse. Nous voudrions aussi souligner que les personnes qui s'expriment par la parole ont un privilège alors que chaque membre du groupe est interpellé à contribuer au changement de soi et de l'autre dans un cadre dont la caractéristique essentielle est d'être familial. Dans le contexte qui est le nôtre, le groupe de soutien nous paraît être en même temps un groupe thérapeutique, mais pas nécessairement un groupe de parole – même si nos groupes ont été mis en place pour déployer la parole. Comme pour les groupes de parole à visée thérapeutique, nos groupes de soutien contribuent aussi à « la mise à nu des conflits, au rétablissement voire à la guérison par participation et acceptation » (Foulkes & Anthony, 1969, pp.15-16), par divers moyens d'expression selon les individus : pleurs, gémissements, indifférence, silence même. Chez certains membres de nos groupes, même au fond du silence, il y avait un contenu souvent éloquent, comme notre lecteur pourra lui-même l'observer au cours de l'analyse des données. Il fallait simplement être attentif et soutenir ce qui fait que l'un fait appel à la parole, l'autre au silence ou à une « crise » ou à tout autre symptôme porteur de sens, symptôme que l'on ne peut décoder que dans le soutien. C'est ainsi que chaque membre retrouve une appartenance à une communauté. Quel que soit le mode de participation, celle-ci octroie à chacun le sentiment de se sentir respecté et efficace au groupe auquel il a trouvé appartenance et ainsi une existence pleine et légitime (Zajde, 2005). Telle est la façon par laquelle de nouvelles créativité peuvent éclore une fois que l'horreur impose de nouvelles limites à la vie psychique de l'individu (Kaës, 2007).

Pour notre recherche-action, les groupes de soutien ont été mis en place en tant qu'espaces d'intervention ainsi qu'en tant qu'outils de recueil des données. Les deux groupes de soutien qui rassemblent les mères dans l'espace Entre-nous furent les premiers à être initiés respectivement à Remera et à Rwamagana. Puis ces derniers ont généré ceux des enfants dans les mêmes sites. Cela témoigne qu'il est quasiment impossible de parler de la mère sans évoquer l'enfant et vice versa et c'est ainsi que les données issues de ces deux espaces se complètent. Certaines d'entre elles, qui sont récoltées dans le groupe de soutien des mères, ont été aussi analysées dans la partie relative aux groupes de soutien des enfants, parce qu'elles sont étroitement liées.

En fait, dans les groupes mis en place, nous avons aussi à faire travailler ce qui ne se dit pas ou ce qui n'est pas prêt à être partagé. Chacun était invité à s'écouter, à écouter l'autre, et à faire aussi attention à ce qui ne se dit pas. Autrement dit, dans notre façon de faire, nous accordions aussi du temps au travail intérieur, par rapport à ce qui oblige le sujet à demeurer dans le silence, ou à tenir secret tel ou tel objet. C'était une façon de cultiver « la capacité d'être seul en présence de l'autre », « le point culminant du développement affectif », pour parler comme Winnicott. Cliniquement, cette capacité peut être observée dans des épisodes de silence qui, souvent, caractérisent la dynamique des échanges dans les interactions entre les membres du groupe et les facilitateurs. Pour le groupe de soutien des mères, la durée de la séance, la fréquence et la composition des membres ont été détaillées plus haut dans la partie consacrée au choix des acteurs à Remera et à Rwamagana. Nous n'avons évoqué que les mères comme actrices principales et même pendant cette phase d'exploration, nous ne voyions encore aucune possibilité de travailler avec les enfants, bien que ce soit notre idée de départ. Nous allons maintenant décrire le groupe de soutien des enfants qui n'a vu le jour que grâce à celui des mères. Vu la place que les mères lui réservent, vu la délicatesse qu'exige le travail auprès de l'enfant, nous prenons soin de détailler comment le cadre s'est mis en place.

2.4.5. Procédure d'intégration d'enfant dans leur groupe de soutien

Il est remarqué que les parents, premiers occupants de l'espace *Entre-nous*, ont hâte de voir les *enfants* se réunir aussi « entre-eux » et/ou avec eux, comme avec les autres, et nous en sommes tous conscients. Une petite contrariété provient de la décision de les réunir à la clinique alors qu'ils n'en ont pas formulé la demande et, en plus, « *la clinique est le milieu vers lequel ils se dirigent avec réticence et avec honte* », comme nous le dit l'une des patientes. Néanmoins nous proposons cette offre à l'enfant, avant qu'il ne formule la demande. Voici comment nous avons procédé site par site.

A Kigali, toutes les femmes du groupe de soutien ont intéressé leurs enfants à ce projet. Entre-temps, dans la salle d'attente, après chaque causerie psycho-éducative et informative sur la santé mentale, qui se passait avant les consultations médicales, nous faisons passer l'annonce : « AVEGA prévoit d'organiser une rencontre entre les enfants, les jeunes et les jeunes adultes. » Finalement, de commun accord avec les autres facilitateurs, nous avons fixé la date durant les vacances de Noël 2012. Le facilitateur avait déjà appelé une dizaine d'adolescents et de jeunes adultes qui habituellement venaient pour s'approvisionner en médicaments et pouvaient à l'occasion se réunir au sujet de l'adhérence⁴³ au traitement antirétroviral. Il leur communiqua la même date pour venir s'approvisionner en médicaments, et participer à la réunion qui suivrait, pour « un échange d'idées ». Ainsi fut aménagé l'espace pour les enfants à Remera-Kigali.

⁴³ Le mot adhérence, est doté d'une dimension de collage. Il serait préférable d'utiliser le concept d'adhésion. Mais nous préférons garder celui d'adhérence qui est d'usage dans les concepts-clés de prise en charge des personnes vivant avec le VIH&sida.

A Rwamagana-Est, les ressources humaines sont peu disponibles comparativement au site de Kigali fréquemment sollicité par des volontaires et des étudiants en psychologie clinique qui viennent y effectuer des stages pratiques ou par d'autres jeunes finalistes qui effectuent un stage professionnel. Nous ne voyions pas réellement la faisabilité d'initier des activités pour des enfants à Rwamagana, bien que ce fût nécessaire. Même le groupe des parents ne s'y était pas déroulé comme souhaité. Finalement, certaines situations ont fini par nous imposer de réunir les enfants. C'était pourtant sans l'espoir de tenir dans la durée : nous n'avions même pas réfléchi au cadre dans lequel nous allions opérer. Nous en dessinons succinctement ci-dessous le cheminement.

Le mois de février 2013 tire à sa fin ; nous planifions de ne réunir le groupe de Rwamagana qu'une dernière fois avant notre retour en Belgique. La séance du mois de mars 2013 devait donc être la dernière pour la période du deuxième temps de terrain. La raison qui nous a poussée à clôturer le travail de terrain un mois avant est liée à la nécessité d'économiser notre propre énergie psychique, afin de pouvoir intervenir avec d'autres intervenants en santé mentale au mois d'avril. Nous voulions être physiquement et psychiquement solides. Mais le déroulement de la séance du mois de mars change notre point de vue. Voici en effet que, de manière opportune, la dynamique de cette séance groupale nous procure un surcroît d'énergie. De ce fait, elle a débouché sur l'ouverture d'un espace que nous avions souhaité et dont les circonstances institutionnelles nous avaient témoigné la nécessité, mais en même temps l'impossibilité d'un point de vue pragmatique. Fort providentiellement, des femmes interviennent. Les afflictions de l'une d'entre elles tournent autour des interrogations que les enfants lui soumettent. En voici les plus « poignantes » qu'une des femmes évoque sans cacher qu'elle en est très affectée :

Qu'est-ce que le génocide ?

Qui y a conduit et que voulait-il ? Est-ce que l'auteur du génocide est le même que celui du sida ?

C'est quoi les conséquences du génocide ?

(Les enfants de Dora, 8 ans ; 12 ans ; 14 ans)

C'est à partir des propos de Dora qu'une des femmes nous propose d'organiser une rencontre des enfants de deux familles ainsi que d'autres qui le souhaitent. Dora vient alors de dire qu'elle a bénéficié des forces de survie. La voilà qui, par son témoignage, encourage les autres femmes à la persévérance. Il s'agit en effet de persévérer, car elle est loin d'être au bout de ses peines. Face aux questions de ses enfants, elle est parfois désemparée :

Mais, comme vous le dites, ici c'est la source de plusieurs choses. Aujourd'hui, je me dis que je vais rentrer avec de bonnes formules à utiliser pour répondre aux questions de mes enfants. C'est une épreuve que je n'ai pas encore réussi à surmonter depuis le début jusqu'à présent. Même avec le plus petit que vous connaissez toutes, je suis molle devant ses questions.

(Dora, mère de cinq enfants)

Les femmes donnent différentes propositions :

Faites pour eux comme vous avez fait pour nous.

Que Dora emmène ses enfants ici pour vous rencontrer.

Que tout parent ayant des enfants malades leur montre plus d'affection que les autres avant de leur dire la vérité.

Que tous les enfants viennent ici, et que les soignants leur disent la vérité.

Laissez-les suivre les pièces de théâtre 'Urunana'⁴⁴.

Une femme réagit en faisant part aux autres du ravissement qu'elle a éprouvé à propos de son fils, après le parcours d'« *humiliantes questions*. » Elle suggère que tout parent qui le veut vienne à la prochaine séance avec ses enfants pour rencontrer son propre fils. Paradoxalement, ce qu'elle ressent pour sa petite fille (*umwuzukuru we*), mais sans encore l'avouer, reste une énigme. Le cas fera l'objet d'une discussion assez approfondie dans la partie de l'analyse des données issues de l'étude de cas longitudinale. Ainsi fut fortuitement préparée la séance du 22 avril 2013, qui a réuni les enfants entourés des parents. Nous décidons d'y participer, bien que notre propre option à ce moment-là fût de faire l'économie de notre énergie psychique, pour des activités liées aux commémorations annuelles du génocide.

« Et les petits ? » Pendant qu'intérieurement, nos pensées s'attellent à la tranche d'âge des petits, une autre femme insiste pour que la séance attendue puisse donner des réponses à « *une série des pourquoi* » que les enfants posent sans cesse : « *Emmenez tous les enfants, ne faites aucune séparation. Sinon, vous allez susciter d'autres questions du genre : " Pourquoi pas moi ? "* » Une autre femme renchérit : « *Même ceux des voisins, amis des vôtres !* » Notre attention est mobilisée par des petits. L'un des enfants de Dora a seulement huit ans. L'expérience passée nous avait montré que les petits mobilisent beaucoup de ressources matérielles et humaines. Or, nous n'en disposons pas.

L'espace s'ouvre ainsi avec cinq enfants. La question évoquée à la séance précédente resurgit : « *Et les petits ?* » Le plus petit est âgé de 8 ans. Il est venu avec ses deux sœurs de 12 ans et de 14 ans, et leur voisin aussi de 14 ans. Le plus âgé est un jeune adolescent de 19 ans. On le surnomme Tito et est connoté de brave adolescent. Il est mandaté par sa mère pour témoigner de leur expérience. Pour les séances qui ont suivi, ces enfants ont invité leurs amis et/ou d'autres. Ils ont avec certains des liens de sang et avec d'autres des relations d'une profonde amitié. Un garçon de 8 ans, fils cadet de Dora, n'est jamais revenu. Il n'est venu qu'une et une seule fois, comme son père qui l'a accompagné ce jour-là. Nous retenons de lui deux interventions : la toute première, qui est lancée au début de la séance, est une interrogation, « *Qu'est-ce que le génocide ?* » La question est directement doublée par celle de sa sœur : « *Quelles sont les conséquences du génocide ?* » Le déroulement de la séance répondra aux deux. Ce fut d'ailleurs l'objet de discussion pour plusieurs autres séances qui ont suivi. Le groupe reste toujours ouvert. Le nombre des cas réguliers s'élève à 10 participants : 7 filles et 3 garçons. Pour ce site de Rwamagana, le plus jeune garçon est bien cet enfant de 8 ans (en 2013) que nous n'avons eu qu'une seule fois. Ses questions ont

⁴⁴ Pièce de théâtre diffusée sur les ondes des radios qui se font entendre au Rwanda dans l'objectif de « la communication pour le changement de comportement ». Les acteurs abordent différents thèmes de la vie quotidienne, tels que : les maladies (sida, cancer, malaria, diabète, tuberculose), la santé de la reproduction, etc. La population visée comprend toutes les tranches d'âge en général parmi les femmes, les hommes, les jeunes etc.

fait l'objet de secousse dans sa famille et de création dans le groupe. Nous avons poursuivi le travail avec 10 autres enfants dont le plus petit avait 12 ans (en 2013) et le plus âgé était le garçon séronégatif né en 1992 qui souffre de la maladie de sa mère et qui avait à ce moment là 21 ans.

Par la suite, durant notre troisième temps de terrain, l'histoire d'un nouveau cas parmi les 10 secoue psychiquement les co-animateurs. C'est au point qu'ils iront plaider devant les autorités administratives de l'AVEGA en faveur de la mise sur pied du groupe « enfants », de sorte que des moyens financiers furent disponibles pour lancer et consolider les activités liées à la prise en charge de ces enfants.

De cette façon, à Rwamagana, comme à Kigali, chaque enfant reçoit désormais les frais de transport (aller-retour), du service de comptabilité de l'AVEGA. Les frais de transport sont variables en fonction du lieu de provenance de chaque cas. Le montant varie entre 3 et 10 euros. Les séances se passent dans un climat convivial autour d'une boisson désaltérante. A la fin de la séance, un plat est servi aux participants selon les moyens dont l'institution dispose.

Dans les deux sites, la proposition est adressée d'une manière générale. La question du VIH, celle du sida, n'est jamais mise à l'avant plan. Nous savons, dorénavant, que les enfants, dans le processus de construction de leur jeunesse et de leur préparation à l'âge adulte, n'ont pas besoin de ressasser de lancinantes douleurs (Cyrulnik, 2000). C'est, par ailleurs, pour nous, une façon de ne pas laisser l'entourage dire de cet espace : « *lieu de rencontre des enfants vivant avec le VIH* ». Nous souhaiterions donc les entendre dire et propager ceci : « *Il y a un espace d'épanouissement pour les jeunes, un lieu de partage et d'échange d'idées sur des sujets divers* ». C'est dans ce sens que se trouve libellée l'invitation, pour leur intégration dans ledit dispositif.

2.4.6 .Cadre et outil particulier pour enfant

Nous parlons d'enfant pour rester dans l'appellation du contexte socio-culturel du pays. En réalité, il s'agit d'adolescents et de jeunes adultes selon les étapes du développement au sens occidental. Les détails qui entourent cette réalité sont repris dans le quatrième chapitre qui leur est réservé. Comme pour les mères, le groupe de soutien fut utilisé non seulement comme cadre d'intervention, mais aussi comme outil de recueil des données. Cependant, nous avons jugé bon de l'isoler du groupe des mères, à cause des stratégies pour l'obtention des données. Comme pour le groupe de soutien des parents, presque totalement composés de mères⁴⁵, pour le groupe de soutien des enfants, les séances psychothérapeutiques étaient aussi le moment de recueil des données. C'est proche de ce qui se fait dans la méthode du « groupe nominal » (Mucchielli, 2011), sauf que, pour le cadre qui est le nôtre, les groupes

⁴⁵ Un seul homme parmi 26 femmes. Il n'a participé au groupe qu'une seule fois, lors du groupe de soutien d'enfants dans l'un des deux sites opérationnels. Toute la famille avait répondu à cette invitation. Le mari s'attendait à l'annonce qui mettrait fin aux questions de ses enfants autour du génocide : son sens, son auteur, le sida, les conséquences, etc. Il a plus tard continué en séance individuelle, puis en couple ou en famille.

sont principalement thérapeutiques. Ils poursuivent un changement positif quant à l'état de santé mentale du sujet. Le dénominateur commun réside dans la particularité « de partir de l'expérience et de la connaissance de la question étudiée par les personnes qui en ont l'expérience directe. » (Mucchielli, 2011, p. 103) Notre dispositif groupal s'éloigne du modèle du « groupe nominal » par ses caractéristiques et par sa démarche. On songe à la démarche qui préside au groupe nominal : étapes préétablies et qui doivent se succéder (Delbecq & Van de Ven, 1975). Dans la démarche qui est la nôtre, nous évitons de structurer la séance, d'autant plus qu'elle a à faire à la souffrance morale du sujet, une souffrance dont on ne sait pas prédire l'avenir. Trois temps caractérisent le cadre de recueil des données. Le premier, le temps des jeux, réunit les « enfants » entre eux seulement et/ou avec les facilitateurs ; le deuxième, le temps des échanges, rassemble les enfants et les facilitateurs ; le dernier, le post-temps, réunit les facilitateurs et/ou les autres membres de l'équipe soignante.

Le temps des jeux fut le premier moment de rencontre des enfants. Il est presque libre, informel, pour laisser l'enfant se sentir dans son espace, agir et réagir comme il le veut, sans avoir l'impression d'être sous le contrôle du facilitateur du groupe qui est aussi son soignant. Le temps des jeux varie entre 30 et 45 minutes ou même 1 heure, selon la dynamique du jour.

À Remera-Kigali, il n'y a pas d'espace pour jouer, mais les enfants sont seuls ensemble, dans la salle de rencontre. Ils font ce qu'ils veulent, échangent des histoires, créent des liens entre eux, sans aucun regard d'adulte.

À Rwamagana, à l'Est du pays, nous disposons de plus d'espace pour des jeux divers. Les enfants s'y dirigent et jouent entre eux. Certains sautent immédiatement sur les balançoires, d'autres sont assis à deux ou en petits groupes, certains s'isolent. Les facilitateurs sont là, dedans ou dehors, ils les suivent, de près ou de loin. La logique est de laisser aux enfants le temps de créer des liens et de se sentir « chez eux ». Tous ces paramètres font l'objet de nos observations. L'expérience nous a montré que pendant ce temps, des liens se tissent entre des enfants d'âges différents et, en même temps, certaines barrières peuvent se dresser en raison des différences. Le temps de l'échange permet d'y mettre des mots pour les atténuer.

Le temps d'échange succède immédiatement au temps des jeux. Ce temps est structuré, par rapport au premier. Les enfants sont assis en cercle ; le facilitateur⁴⁶ modère la séance, mais, en même temps, donne la liberté aux membres du groupe d'intervenir autant qu'ils le veulent et peuvent. Des instructions préliminaires sont toujours données. Elles se focalisent sur l'objet de notre rencontre, la dimension de la recherche est soulignée, etc. La

⁴⁶ Le concept de facilitateur est utilisé à la place de celui d'animateur ou du thérapeute de groupe. Nous la préférons, car il y a des moments de la séance où l'on se demandait si réellement il convient de parler de l'animation, par exemple en cas de « crise » ou d'émotions profondes. Celui de thérapeute est quelquefois utilisé, mais rarement. Cela est dû au fait que même si le lieu de rencontre est à la clinique, il est structuré autrement. D'emblée, il n'est pas médicalisé bien que les gens qui s'y rencontrent viennent aussi pour s'approvisionner en médicaments. En plus, la convention en est qu'il s'agit d'un moment d'échange d'idées pour co-construire ensemble et que personne ne sait plus que l'autre.

confidentialité est toujours de mise : personne ne doit rien raconter dehors après la séance. C'est pendant ce temps que nous mettons des mots sur le contenu de la séance précédente.

« Chaque personne est responsable à sa façon ; elle dispose d'une richesse de connaissances qui peut éclairer l'autre, d'une manière et d'une autre ». Après le rappel de cette règle de protection de notre espace qui en englobe bien d'autres, on prend la parole à tour de rôle. On prend le temps qu'il faut pour les présentations d'usage : dire ses deux noms, ce qu'on fait dans la vie, ce qu'on aime et ce qu'on déteste. Enfin, on fait part aux autres de ce qu'on projette de devenir dans sa vie future, ainsi que des moyens qu'on va mettre en place pour y arriver. C'est souvent durant ce moment de présentation que nous avons pu appréhender l'histoire personnelle de chaque cas. Cette partie est pour nous une méthode de recueil des données, par le récit de vie, par l'histoire de vie (Legrand, 1993; Berteau, 2005 ; Bertaux, 1976). Nous avons opté pour cette méthode, car le déroulement du récit de vie qui résulte d'une forme particulière d'entretien narratif au sens de Bertaux (2010, p. 10) a pour nous été impossible. Ici, pour ne citer que lui, Daniel Bertaux atteste que le chercheur demande au sujet de lui raconter tout ou une partie de son expérience.

Dans le cas qui est le nôtre, en formulant la question de la sorte, le jeune regarde par terre et ne dit aucun mot, fait un petit sourire chargé d'histoire et de questionnement. Ou encore il ausculte notre visage, avec une méfiance teintée de tristesse. Par la suite, il peut regarder par terre et sangloter, ou simplement nous dire : *« Je ne sais pas... ; pas de problème... ; tout va bien... ; je n'ai pas d'histoire, je n'ai vu que quelques photos, j'attends que les adultes qui étaient là me la disent... »*.

C'est donc à partir de ce genre de situations que nous avons mis en place différentes stratégies et un nouveau cadre pour permettre que le récit se construise. De là est venue l'idée des présentations plus ou moins prolongées au début de la séance, l'idée d'entretiens informels dans la salle d'attente, l'idée d'invitations à la marche sur le terrain de jeu, etc. Le temps de parole est, de cette façon, un temps d'élaboration, de création, qui requiert du facilitateur une expertise communicationnelle, surtout pour les cas où le recours à la parole est mutilé par le trauma, ou simplement pour ceux qui n'ont pas le don de la parole facile. Pour ces cas, des activités incitatrices sont instinctivement proposées :

- effectuer un trajet avec le facilitateur et/ou avec un autre enfant, pour aller apporter à boire et à manger aux autres ;
- se promener ensemble, rester avec eux, informellement, pendant les jeux ou en dehors des jeux.

Ces données riches, récoltées dans un tel cadre, comme celles récoltées dans le temps de jeux n'ont pas été enregistrées. Ainsi, les résultats présentés ultérieurement, sont d'une part ceux issus des groupes par l'enregistrement des séances et d'autre part issus de nos observations pendant les rencontres informelles.

Ces deux étapes combinées ont donné à chaque sujet un temps de création individuelle et/ou collective. Le moment d'échange a été pour nous le moment de prendre connaissance du produit brut de cette création. La présence du facilitateur n'était que régulatrice. Ce moment a également été pour nous l'occasion de prendre connaissance de ce que les enfants

savent sur la problématique de superposition du VIH/sida à l'expérience du génocide et sur les répercussions sur la vie psychique. Le temps d'échange a par ailleurs offert aussi une opportunité pour appréhender et pour explorer à fond ce qui se passe dans « le cercle familial » par rapport à ces deux destins, le génocide et le VIH après-coup, surtout quant à leur dimension de transmission que les résultats de nos analyses mettent en évidence.

La façon de poser les questions ou d'interagir pour éviter le schéma question-réponse a été aussi indirecte que possible. Nous étions préoccupée par l'exploration des traces que ces destins ont peut-être imprimées chez l'enfant et par la façon dont cela affecte son identité personnelle. Le rôle des facilitateurs était, dans ce cas, de repérer les sujets qui souffrent psychologiquement, en vue d'un travail particulier avec eux. Les décisions à cet égard étaient prises dans le temps post-groupe et au cours des réunions de l'équipe qui réunit les facilitateurs ou lors des réunions de l'équipe médico-psychosociale.

En ce qui concerne notre stratégie quant à la façon de conduire l'entretien pour recueillir les données, durant toute la séance nous n'avons jamais guidé, ni osé choisir à la place de l'enfant. Nous avons plutôt accueilli ses propositions, mais si l'un d'entre eux avait des objections, cela faisait l'objet d'un travail particulier, pour enfin qu'il puisse faire son propre choix. Nous avons donc observé ce que cet adulte de demain dépose entre nos mains, pour en relever ce qui constitue une barrière à sa construction identitaire ; ceci faisait ensuite l'objet d'une discussion. Mais nous lui laissions le temps de partager avec ses pairs sa façon de se débrouiller pour trouver la voie de sortie, en vue de bien se projeter dans l'avenir.

C'était pendant les séances thérapeutiques que nous recueillions les données. Pour pouvoir prendre du recul en tant que chercheur et pour distinguer ces deux moments cruciaux d'intervention et de recherche, nous avons enregistré les entretiens pendant les séances thérapeutiques et nous les avons exploités après coup. Notre lecteur garde en sa mémoire qu'une partie des données, particulièrement celles qui sont récoltées dans des entretiens informels, mais en réalité stratégiques, n'ont pas été enregistrées car le cadre spatio-temporel ne le permettait pas. Nous les notions directement dans le temps post-groupe.

Le temps post-groupe réunissait les facilitateurs après la séance. Nous parlions de nos observations sur les cas et sur nos propres ressentis par rapport aux situations gérées. C'était aussi un temps de réflexion en commun sur ce que l'on pouvait faire pour des situations particulières. C'était aussi le moment de transcrire les données non enregistrées, récoltées lors des entretiens informels et pourtant stratégiques. Le temps post-groupe pouvait intégrer des collègues d'autres services qui sont directement liés aux situations rencontrées. C'étaient souvent les services médical, social et légal.

Ce temps n'a pas été spécifique à l'espace « enfant ». Même pour l'espace « mère », après chaque séance groupale, il y avait un tel moment. Ce temps a été un moment bénéfique. C'était en effet l'un des temps d'analyse et d'inter-analyse les plus fructueux que nous ayons eus. Il avait lieu directement après la séance groupale et rassemblait les acteurs de terrain et aussi des étudiants en stage professionnel et/ou d'autres volontaires nationaux

et internationaux. Les discussions après-coup nous ont paru très productives. Le matériau qui en est issu fait l'objet de notre carnet de terrain qui est régulièrement rempli. Ce temps post-groupe est, en même temps, un moment précieux pour des actions de formation en interne, au départ du savoir que chacun(e) possède sur les thématiques traitées pendant la séance.

Le cadre de recueil des données réunissait des groupes de générations et donc d'âges différents. Cela peut paraître étrange aux animateurs de groupe qui prônent l'homogénéité. Mais, dans le contexte de la présente recherche-action, c'était un idéal impossible. Il a donc fallu s'appuyer sur le fait que « l'individu est un groupe intériorisé dont la psyché est soumise à l'épreuve des générations » (Tisseron, 2012, p. 1). Ainsi, les données issues des groupes de soutien des parents survivants et celles issues des groupes de soutien de leurs enfants se complètent. Rappelons que la caractéristique de l'hétérogénéité générationnelle, était fort présente. Avoir un groupe de soutien des parents parallèlement au groupe de leurs enfants nous a apporté des données fiables quant aux enjeux relationnels de générations différentes, de responsabilités, de droits et de devoirs, de définitions de l'identité personnelle et collective (Brackelaire, 1993).

Cette description est là pour témoigner que le processus de recueil des données auprès des enfants, des adolescents et des jeunes adultes est un processus fort complexe. Trouver les outils n'était pas non plus facile. Les raisons sont principalement liées à des facteurs multiples et entremêlés. Le lecteur les a sans doute repérés tout au long de notre description méthodologique, et ils sont bien visibles dans la partie des résultats. Citons à titre d'exemples :

- la nature de la thématique qui fait l'objet de la réflexion ;
- la demande qui a été suggérée, c'est-à-dire qui ne vient pas directement du sujet. La demande est formulée premièrement par les mères puis, ensemble avec elles, nous avons dû la reformuler à plusieurs reprises et cheminer avec les enfants pour qu'ils parviennent à se l'approprier, ce qui n'a pas été le cas pour tous.
- l'hétérogénéité par rapport à l'âge et par rapport au parcours singulier de chacun des membres.

Face à cette question de l'hétérogénéité, un travail autour des liens était un préalable. Nous sommes cependant convaincue que, pour la création de liens, il faut un objet de liens. Pour l'espace « enfant », nous avons considéré comme seul dénominateur commun qu'il devait s'agir d'enfants infectés et/ou affectés par le VIH et le sida. Par « l'usage d'un intermédiaire », il y a eu trois voies d'entrée qui, ensemble, forment l'approche que nous appelons ESI. Cette approche consiste en plusieurs démarches qui se déroulent en trois processus d'actions : celle d'Encourager, de Suggérer, et d'Inviter.

- Les mères qui sont déjà dans le groupe de soutien ont encouragé « leurs enfants » ;
- Les soignants qui les connaissaient à la clinique nous ont suggéré quelques cas ;
- Enfin, quelques enfants ont invité certains de leurs pairs d'âge après les premières rencontres.

Ainsi, nous avons travaillé avec 21 enfants. Sur chaque site, les groupes de rencontre comptent 10 enfants. Un seul cas, celui de Peace, désormais connue comme « enfant de tout le monde, de personne, de partout et de nulle part » (Uwineza et Brackelaire, 2014) a préféré la rencontre en séances individuelles. Une réflexion particulière autour de ce cas fut menée pour éclairer les situations similaires à ce dernier, sur le plan de l'identité ou de l'intergénérationnel.

A Remera, les séances groupales des enfants ne se passaient que pendant les vacances, tandis qu'à Rwamagana, elles se passaient régulièrement une fois par mois, depuis que nous avons reçu des autorités administratives de l'AVEGA les frais pour rembourser leur transport et assurer le « snack»⁴⁷. A Remera-Kigali, les mêmes moyens étaient aussi disponibles, mais nous devions absolument attendre les vacances, car la plupart des membres vivaient au collège, loin de Kigali. Conventionnellement, la séance devait durer 2 heures, mais un supplément de 30 à 45 minutes pouvait avoir lieu, en fonction des phénomènes émergés. Cela dépendait des thèmes abordés. Les résultats présentés proviennent des données récoltées dans cette dynamique. Dans le tableau ci-dessous, nous totalisons le nombre de séances des groupes d'enfants.

⁴⁷ A snack: « A portion of food often smaller than a regular meal, generally eaten between meals ». Une petite quantité de nourriture que l'on prend entre les repas. Il peut être comparé à ce que l'on appelle « goûter » ou « coupe-faim » en Europe. Dans la culture Rwandaise, il est aussi normal que l'enfant ait à manger à sa faim, et à boire à sa soif, même en dehors des temps de repas, sans que cela porte un nom particulier. Nous avons emprunté ce concept à l'anglais, faute de mot équivalent en Français ou en Kinyarwanda.

Tableau synthétique de la dynamique de séances groupales entre enfants

				Mois							
Région	Année	Temps	Total	Sept	Oct	Nov	Dec	Jan	Fev	Mar	Avr
Remera	12										
	2011	T ₁	0	C	C	D	D				
	2012	T ₁	0					D	D	D	D
		T ₂	3	C	D	2	1				
	2013	T ₂	3					1			1(+1)
		T ₃	3	C	D	2	1				
	2014	T ₃	3					1			1(+1)
Séances pré-commémoratives à renforcer											
Rwamagana	8										
	2011	T ₁	0	C	C	C	C				
	2012	T ₁	0					D	D	D	D
		T ₂	0	C	D	D	D				
	2013	T ₂	1					C	D	D	1
		T ₃	4	1	1	1	1				
	2014	T ₃	3					1	1	1(-1)	0
Séances pré-commémoratives à renforcer											

D : Travail avec les mères autour de la demande suggérée (demande faite par la mère pour elle et pour son enfant). Dialogue avec les autorités administratives quant à la faisabilité de séances groupales pour les enfants.

C : Prise de contact

1(+1) : Initiation des séances pré-commémoratives

1(-1) : Impossibilité de faire la séance pré-commémorative

Les activités pour le groupe d'enfants ont commencé tardivement, vers la fin du deuxième temps de terrain, en 2012. Dans le tableau ci-dessus, on voit qu'à Remera nous totalisons 12 séances contre 8 à Rwamagana.

À Remera, les séances avec les enfants commencent aux vacances de Noël. En novembre, nous avons eu 2 séances, et 1 seule séance en décembre. Cela est dû au fait qu'en décembre, surtout vers la fin de l'année, la plupart des services prennent des vacances et/ou modifient avec souplesse leur calendrier de travail. Ainsi, nous n'avons fait qu'une seule séance. En janvier 2013, avant la rentrée, nous en avons eu encore une autre. Pour les vacances de Pâques, les enfants reprennent de nouveau de petites vacances. On veille à ce que la semaine de commémoration arrive quand les enfants ne sont plus à l'école. De notre côté, en plus d'une séance ordinaire, nous en avons ajouté une autre, dite pré-commémorative, pour procurer aux jeunes l'énergie psychique afin qu'ils puissent affronter cette période sans conséquence. À Rwamagana, les séances ont commencé en avril 2013. Alors que le besoin d'initier le groupe de soutien pour enfants était là et bien exprimé, aussi bien par les mères que par les collègues locaux, nous ne voyions pas comment le mettre en œuvre en pratique. Après les contacts (C) préliminaires, nous avons

travaillé la question de cette demande et dialogué longuement avec les autorités pour voir la faisabilité de ces groupes de soutien pour les enfants. Pour ce site, les actions avec les enfants ont commencé très tardivement. Mais, la régularité était assurée à une fréquence d'une fois par mois. Cependant, alors qu'à Remera nous avons pu initier une séance pré-commémorative en avril, à Rwamagana, les circonstances ne nous l'ont pas permis, bien que ce fût nécessaire. Nous symbolisons la séance précommémorative qui n'a pas eu lieu par (-1) et celle que nous avons pu initier comme (+1).

Ainsi le nombre total des séances avec les enfants s'élèvent à 20.

Et pour le groupe de soutien des mères, et pour celui des enfants, il est à signaler que chaque situation, chaque geste, chaque phénomène constituait un outil et un cadre de recueil des données. D'où vint l'idée de qualifier le cadre de « processus d'ajustement et de réajustement » et les outils d'« instruments en agencement ». En plus du bagage culturel et de l'histoire de chacun(e) dont il fallait tenir compte, il nous a fallu aussi prendre en considération l'âge, la maturité, les liens biologiques et/ou simplement sociaux et les intérêts de chacun. Cela exigeait de travailler la question de la « non-homogénéité », pour que chacun puisse bénéficier des différences plutôt que d'en subir les inconvénients. Pour cela, il fallait un lieu propice à l'expression, à la convivialité et aussi aux activités libres comme les jeux.

En bref, chaque situation faisait émerger des phénomènes que nous avons approfondis et contextualisés dans la démarche clinique. Les données proviennent de trois faits générateurs qui s'enrichissent les uns les autres : (1) les entretiens semi-directifs conduits en groupe et/ou individuellement ; (2) les récits de vie, récoltés aussi dans un cadre groupal ou individuel ; (3) l'étude longitudinale de cas. Ces trois sources furent complétées par notre propre observation, qui était à la fois participante, clinique et toujours croisée avec celle des co-facilitateurs pendant le temps post-groupe. Les noms de ces sources ne sont nommés ainsi que, par défaut du qualificatif approprié, des outils auxquels nous avons eu recours tout au long de cette méthodologie négociée. Nous ne donnons que les noms de ceux dont nous nous sommes inspirée.

2.4.7. Groupe de soutien et co-facilitation

Nous voulons faire ressortir la co-animation parmi les méthodes et/les outils utilisé(e)s pour le recueil des données. Les données qui résultent des interactions entre les facilitateurs et les membres du groupe, celles qui résultent de l'élaboration faite autour de tel facilitateur ou de tel autre ne seront pas les mêmes lorsque les circonstances nous avaient imposé un changement de facilitateurs. Nous pensons particulièrement à l'élaboration faite par les mères autour du jeune facilitateur masculin dans le groupe des mères veuves. Comme évoqué plus haut, vu la façon dont nos groupes ont été conçus, vu leur dynamique, sur fond des concepts d'Entre-nous et de Chez-nous, le vocable de « soutien » nous paraît approprié, en raison des connotations qu'il suggère. Dans la même logique, nous préférons l'usage de facilitation du groupe plutôt que de thérapie de groupe ou d'animation de groupe. Ainsi, la

responsabilité conférée à tout le monde fait que l'intervention se passe en co-facilitation. Pour nous, c'est dans une telle ambiance que les membres de nos groupes trouvent le confort, le support, la béquille, la source, le pilier, la tolérance et un échange individualisé et personnalisé. Dans le groupe de soutien, responsabiliser chacun des membres était pour nous une façon de revaloriser ses ressources vitales. Même l'état d'inertie peut contribuer à la reconstruction psychique du sujet, car « *on ne construit pas seulement avec des blocs de ciment. Pour certaines parties, on a recours aux briques, à la terre, aux pierres, etc. À partir du sable, de la boue et de l'eau, on peut construire une maison solide ; tous ces matériaux sont nécessaires et sont utiles* », comme nous l'a fait remarquer un des jeunes de 20 ans, futur ingénieur civil, selon les perspectives qu'il se fait pour son avenir.

Voici un des exemples des propos que nous pouvions énoncer pour valoriser l'apport de chacun, sans lui faire endosser des responsabilités qui dépassent son énergie psychique :

- Devant un silence inouï : « X nous communique plusieurs choses par son silence. Nous savons tous que quelquefois il est difficile d'organiser un récit compréhensible pour tout le monde autour du vécu. La personne peut même juger bon de ne pas aborder quoi que ce soit pour un certain moment. Nous apprécions son choix et sa présence parmi nous nous est précieuse ».
- Devant une série de questions sans réponses immédiates ni univoques et qui quelquefois recherchent les causes des faits : « *Pourquoi le génocide a-t-il eu lieu ?* » ; « *Pourquoi c'est moi seul ?* » ; « *Qu'est-ce que le génocide ? C'est quoi les conséquences du génocide ? Est-ce que l'auteur du génocide est le même que celui du sida ?* », nous pouvions dire : « Les questions de X, Y et Z sont fondées. Elles méritent de faire l'objet de réflexions. Chacun de nous dispose d'un point de vue là-dessus, et personne n'en sait plus qu'un autre. Nous allons donc penser ensemble et croiser nos points de vue. Nous pouvons ne pas trouver de réponses aujourd'hui, ni demain ; ce qui est important, c'est de poursuivre la réflexion. »
- Face à une situation de « crise » : « Nous sommes tous avec toi ; nous sommes tous avec X, Y ou Z dans cet état... » ou, simplement, mais bien fort significativement, nous recourions à ce mot : *Mpore*⁴⁸, ou encore, nous propositions de boire ou tendions un mouchoir en cas de sanglots et/ou de larmes. Quelquefois, avouons-le, le temps et la providence faisaient leur œuvre face à la crise.

Sur le site de Remera, au départ une psychologue clinicienne de formation était la facilitatrice principale et nous co-facilitions le groupe. Puis, un jeune psychologue clinicien l'a remplacée. Après un long travail d'intégration, ce jeune psychologue fut également muté et remplacé par une autre psychologue clinicienne. Elle-même ne tardera pas à partir en congé de maternité. Leur travail concernait le groupe des mères, avant de concerner les enfants. Après un long travail d'intégration dans le groupe des femmes dont il s'occupait dans un premier temps, le jeune psychologue a pris en charge le groupe d'enfants sans

⁴⁸ Concept intraduisible, qui peut être comparé au fait de poser la main sur la partie qui fait mal sur le corps, et frotter doucement, pour calmer la douleur. *Mpore* peut faire de même pour la douleur morale.

difficulté. Mais il fut aussi muté et remplacé par une autre psychologue clinicienne qui, elle aussi, après quelques mois de travail, a commencé un congé de maternité.

Le travail autour du facilitateur masculin dans le groupe des femmes et dans celui des jeunes adolescent(e)s ayant connu l'expérience de viol et/ou abus sexuels n'a pas été sans effets. Il a en effet été bénéfique pour les membres du groupe sur le plan de l'intégration, face à ce changement de facilitateurs, de genre et de génération différents. Le site de Remera a connu 6 facilitateurs, sur la période de 2 ans de terrain, sans compter les étudiants et volontaires en stage professionnel. Cette dynamique de changement de facilitateurs du groupe de soutien fut aussi l'objet d'un travail d'élaboration, de gestion des transferts et d'intégration des différences. Voilà pourquoi, au lieu de ranger cette dynamique des changements des facilitateurs du groupe parmi les difficultés rencontrées, nous la trouvons plutôt comme une autre outil à exploiter pour en faire bon usage.

Par contre, à Rwamagana, il n'y avait qu'une seule psychologue responsable pour faciliter les deux groupes, celui des parents et celui des enfants. Lorsque nous étions présente, nous avions l'habitude d'intervenir ensemble, et c'était elle la facilitatrice principale. En cas d'urgence ou d'imprévu, nous facilitions le groupe seule, de même qu'elle assumait seule toutes les responsabilités, quand nous étions hors du terrain pour nos séjours en Belgique, de temps en temps épaulée par le psychologue qui travaille dans le service de distribution des ARV comme infirmier. Ce n'est que lors de notre dernier temps de terrain, en janvier 2013, que nous avons pu travailler avec une jeune étudiante en psychologie clinique qui effectuait un stage de trois mois. Nous sommes consciente que faciliter le groupe de soutien autour de thèmes comme celui qui fait l'objet de notre réflexion laisse des traces non anodines sur le psychisme de l'intervenant. Pour pouvoir y arriver, la co-facilitation nous a semblé bénéfique quant à l'échange ultérieur possible. En l'absence de nous deux, le groupe s'organisait à sa façon : ensemble dans la salle d'attente, les membres du groupe se parlaient, se posaient des questions et se donnaient mutuellement des nouvelles en cours de chemin vers la clinique ou en retournant à leur domicile. Pour ceux qui faisaient le chemin ensemble, des liens se tissaient et se solidifiaient et, à la séance suivante, l'espace prolongé n'était pas ressenti.

Le groupe de soutien a été un support incomparable qui a procuré à chaque membre un contenant bien sécurisant pour aborder les thématiques intimes. Dans un premier temps, les thèmes les plus abordés furent le questionnement autour du génocide, le lien entre le génocide et le sida, le vécu après l'annonce de la séropositivité, la nécessité de prendre un médicament à vie, ensuite la vie scolaire, le mariage, la procréation ainsi que le métier dans l'avenir. La dynamique du groupe autour de chaque thème pouvait faire émerger les ressentis émotionnels chez les enfants selon la souffrance de chacun. Le partage de l'expérience passée, présente et des perspectives pour l'avenir, surtout des plus âgés, éclairait progressivement les autres et permettait de relativiser la souffrance.

Contrairement au groupe de soutien des parents qui fut fermé immédiatement après sa formation, au sens où aucun nouveau membre ne put s'y joindre par la suite, celui des enfants est resté toujours ouvert jusqu'à la fin de nos travaux de terrain en avril 2014.

Comme nous pensons que les actions mises en place dans le cadre de cette recherche seront poursuivies en tant qu'activités d'intervention seulement, nous nous disons que la dynamique pourra peut-être évoluer vers la fermeture à un certain niveau et la subdivision du groupe en différentes strates, en fonction de l'un ou l'autre facteur que nous ne pouvons pas prédire dans l'immédiat. Les deux groupes de soutien qui se tiennent séparément dans des espaces différents ont créé un autre espace subjectif entre mère et enfants. Ce qui s'y passe est perceptible dans les résultats présentés dans les chapitres 3 et 4. Nous avons voulu explorer à fond ce qui se passe dans cet espace à l'aide d'une étude de cas longitudinale. Trois générations sont représentées dans cette étude.

2.4.8. Étude de cas

Pour toute recherche clinique, l'étude de cas ne peut pas manquer d'occuper une place centrale dans le champ de la psychologie clinique (Pédinielli et Fernandez, 2010 ; Revault d'Allones, 1989). Elle permet d'approfondir le cas d'une façon singulière. Son avantage nous paraît double. D'une part, sur le plan de la recherche, elle permet d'être tout près du sujet ; cela renforce la fiabilité des informations. D'autre part, sur le plan d'intervention, elle permet la reconstruction de la personne. Évidemment cela dépend de la posture du chercheur lors de la restitution au sujet de l'histoire co-construite, car « l'aboutissement d'une investigation clinique c'est l'histoire d'un cas » (Lagache, 1949, p. 166, cité par Pédinielli et Fernandez, 2010, p. 59). La dimension reconstructive a été soulignée par Freud à travers ses discours qui intègrent des réflexions théoriques sur l'appareil psychique et des constructions sur les principaux troubles mentaux. Le souci de faire qui va au-delà de la logique taxonomique, la volonté de cohérence entre le découpage nosographique, la clinique et le modèle théorique explicatif (Pédinielli, 2010) englobe pour nous une dimension co-constructive. La dimension reconstructive de l'étude de cas est aussi repérable chez Revault d'Allones (1998). Elle clarifie le but de l'étude de cas comme étant un moyen de dégager une histoire de vie singulière. La finalité n'est pas essentiellement de réaliser l'anamnèse et d'établir un diagnostic seulement, mais d'approcher son histoire, sa singularité et sa complexité. Elle se présente donc comme une construction opérée par le psychologue à partir d'informations provenant de la rencontre (Pédinielli & Fernandez, 2010). Dans le contexte qui est le nôtre, cette construction est partagée et ainsi l'information n'est pas restituée dans un son état brut. Pour tous ces auteurs que nous venons d'évoquer, Freud autour de ses travaux qui datent de longtemps, Lagache (1949), Revault d'Allones (1986), la construction d'une histoire est l'élément souligné comme finalité de l'étude de cas. Anzieu (1990) aussi fait référence à l'histoire tout en opposant l'histoire et le récit, l'événement et le récit. Pour lui, l'histoire est un ensemble d'événements se produisant dans un espace pour une durée quelconque et ces événements sont en relation et forment une trame synchronique qui est celle de l'histoire (Pédinielli, 2010). « L'histoire est le produit d'une trame que ses tensions internes mettent en mouvement et que les conflits avec d'autres trames compliquent » (Anzieu, 1990, p. 27.) C'est quand on s'intéresse aux événements et à la chronologie que Anzieu parle de récit. La

dimension constructive réside dans l'action même de travail autour de ce récit ou histoire événementielle, après quoi l'on peut parler de nouvelle histoire.

Tout au long de notre recherche, une étude longitudinale a été amorcée pendant le premier temps de terrain. Elle fut poursuivie pendant le deuxième et le troisième en intégrant respectivement le fils et la petite-fille après un certain temps de travail avec la mère. Cette étude de cas trigénérationnelle est décrite largement dans l'espace « enfant ». Comme chacune des trois personnes de chaque génération était aussi membre du groupe, certains éléments sont fournis dans le cadre groupal. Dans ce cas, une attention particulière était toujours portée sur le vécu personnel du cas en question. L'étude de cas trigénérationnelle que nous avons effectuée s'est imposée parce que nous avons été confrontée à des situations complexes qui nous laissaient chaque fois sur des conclusions hypothétiques. Comme nous l'enseigne Revault d'Allones (1989), ce genre d'étude permet de dégager la logique de chaque cas étudié, aux prises avec des situations complexes. Nous avons eu recours à cette technique particulière de recueil et de traitement de l'information pour mettre en évidence le caractère évolutif et complexe (Collerette, 2011) des phénomènes que nous avons rencontrés, surtout la transmission de l'héritage traumatique entre générations.

Comme nous avons travaillé principalement dans un contexte groupal, l'étude de cas a été pour nous un moyen exemplatif de témoigner de certaines réalités que vivent d'autres membres des groupes, mais dont nous ne pouvons pas témoigner isolément, cas par cas. Elle est aussi pour nous une façon de témoigner de différents enjeux sur le plan de la recherche qui ne sont possibles qu'après d'autres sur le plan thérapeutique. Pour faire de la recherche auprès de personnes en situation de traumatisme extrême, pour répondre à telle ou telle autre question de recherche, il faut d'abord une certaine cicatrisation qui permettra au sujet de construire le sens par rapport à ce que nous nous posons comme question quant à l'objet de sa souffrance. Chaque cas étant à ce niveau différent de l'autre, la singularité et l'individualité de chacun enrichissent la compréhension à partir des histoires dissemblables ou semblables, des vécus totalement différents, des discours opposés, des mécanismes de défense (Pedinielli et Fernandez, 2010) et des résistances dans l'engagement au discours.

Après la description des préalables englobés dans nos démarches exploratoires, la description du cadre et des méthodes de recueil données, terminons notre construction méthodologique en décrivant les méthodes d'analyse.

2.5. Analyse par théorisation enracinée

Notre démarche, rappelons-le, est purement qualitative. Elle vise donc à pouvoir explorer à fond le phénomène selon le point de vue des personnes qui y sont impliquées (Huberman, Michael; Milles, Matthew, 2003). La théorisation enracinée nous est parue comme une méthode d'analyse pouvant nous permettre d'approfondir nos données et de présenter réellement ce qui est propre au sujet. Par son but même, celui de « l'élaboration d'une théorie mettant en lumière le processus qui permet aux individus d'attribuer un sens à

ce qui leur arrive » (Couture, 2003, p. 128), la théorisation ancrée de Pierre Paillé est la méthode d'analyse dont nous nous sommes inspirée pour analyser nos données. Seule une petite préférence d'appellation se lit dans notre élaboration.

Nous préférons d'utiliser le terme « enracinée » (Luckerhoff & Guillemette, 2012) au lieu de « ancrée » (Paillé, 1994). En nous inspirant des étapes de *La théorisation ancrée* que Paillé (1994) a mises à notre disposition, nous avons pris le temps de réfléchir à son aboutissement. Ce dernier est perceptible dans le sens que Paillé accorde au processus même de théorisation : « C'est dégager le sens d'un événement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène en le mettant différemment en lumière » (Paillé, 1994, p. 149). Cette action ne se fait qu'à partir des données de terrain. Ainsi, pour nous, l'action d'ancrer et celle d'enraciner diffèrent par une nuance : le résultat de la première est figé tandis que celui de la seconde met en mouvement. C'est ainsi que nous préférons le qualificatif de théorisation enracinée, simplement pour laisser entendre que les racines de notre mise en sens sont implantées dans les données et s'y développent pour produire d'autres vérités. Cela rejoint ce que Juliet Corbin, la préfacière de Luckerhoff & Guillemette (2012), avait mis en relief. Il s'agit de tenter de générer des théories : « pas n'importe quelles théories, mais bien des théories « enracinées » dans les données de terrain et en croissance à partir de celles-ci » (p. 8).

D'autres types d'analyse, comme l'analyse contextuelle, l'analyse structurale, lui ont été subordonnées pour l'approfondissement de certaines situations (Lévi-Strauss, 1973 ; Mucchielli, 2011, pp. 265-267 ; Piret, Nizet, & Bourgoies, 1996).

La théorisation enracinée (ancrée selon Pierre Paillé) ou *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1999) est une méthode d'analyse qui prend son essence dans la sociologie depuis les années 1960. Nous la devons à deux sociologues américains Glaser et Strauss (1967 ; Glaser, 1978). Dans la suite, une version plus détaillée a été faite par Strauss et Corbin (2008). Elle fut grandement utilisée dans le domaine de la sociologie aux USA, avant d'être empruntée par d'autres disciplines. C'est surtout lors des grands courants méthodologiques aux niveaux universitaires que les racines de la théorisation enracinée se sont fixées principalement à l'université de Columbia et à l'Université de Chicago où Barney G. Glaser et Anselm L. Strauss menaient leurs recherches. La théorisation enracinée, en tant que méthode d'analyse, provient donc de leur recherche qui a exploré le processus de « mourir à l'hôpital ». Cette dernière fut publiée en 1965 et, depuis les années 1967, la méthode fut appliquée dans diverses écoles (Strauss & Corbin, 2008 ; Strauss & Corbin, 1997).

Dans notre recherche-action, nous avons eu recours à cette méthode « de théorisation progressive ». La motivation majeure en est la suivante : « son évolution n'est ni prévue ni liée au nombre de fois qu'un mot ou une proposition apparaît dans les données. Elle équivaut beaucoup plus justement à un acte de conceptualisation » (Paillé, 1994, p. 151). Nous l'avons appliquée pour sa caractéristique liée à « la simultanéité de la collecte et de l'analyse » (Paillé, 1994, p. 152). Il convient d'ailleurs de préciser que les acteurs de terrain nous ont aidée dans l'analyse des données. En leur restituant leurs énoncés, nous n'avons

que l'intention d'appréhender le sens qu'ils confèrent aux phénomènes qui se produisent. Ce sont ces mêmes acteurs qui nous ont inspirée pour la formulation des intitulés des chapitres, et/ou autres parties. Par endroits, nous avons repris l'intégralité de leurs suggestions et ailleurs nous avons légèrement amendé le contexte qu'ils ont décrit.

Van der Maren (1995) nous enseigne que le cadre conceptuel ne va émaner que des données du terrain. Ainsi, dans notre situation, le dispositif des mères d'une part et celui des enfants d'autre part, nous ont servi énormément quant à la construction de ce cadre conceptuel qui naît des données. D'autres chercheurs pourraient préférer utiliser, dans leur rédaction, l'appellation « cadre théorique », au lieu de « cadre conceptuel. » Notre choix est justifié par la démarche que nous avons adoptée : « la démarche exploratoire ou inductive des concepts. » Selon Gauhier (2000), la première appellation sera préférée par ceux qui ont opté pour les démarches hypothético-déductives, ce qui n'est pas notre cas.

Pour analyser nos données, nous nous sommes laissée guider par les 6 étapes de la méthode d'analyse que nous décrivons ci-dessous, sans pour autant les suivre à la lettre ni suivre toutes les indications des auteurs. Nous avons dû l'adapter aux conditions de terrain, des acteurs et de nous-même. Pour bien appliquer cette méthode, « chaque série de deux ou trois entrevues ou périodes d'observation doit être suivie de la transcription des données, puis de leur analyse » (Paillé, 1994, p. 152). Dans notre contexte, il arrivait que certaines entrevues se passent sans qu'on puisse rien entendre de leur récit, ni observer quoi que ce soit qui soit lié à notre objet d'étude. Nous avons ainsi opté pour faire des analyses progressives, directement pendant le temps de recueil des données, et après, pendant le temps post-réunion de groupe, quand nous rencontrions les autres membres de l'équipe soignante et que nous remplissions notre carnet de terrain. Cela nous a été très bénéfique, surtout pour les données intranscriptibles, comme les temps de silence ou des émotions diverses et intenses qui ont surtout caractérisé les premiers instants de nos rencontres. Nous avons l'habitude de demander directement la clarification aux acteurs : « Qu'est-ce que cela signifie pour vous ? » ou encore, « Lorsque X disait ceci, moi j'ai entendu ceci. Serait-ce ça exactement que vous voulez dire ? À quoi ça vous renvoie ? »

Ainsi, avec les acteurs et les co-facilitateurs, nous avons conjugué nos idées, pour, en référence aux données, faire l'analyse et l'interanalyse progressive. Pendant la séance suivante, nous avons l'habitude de reprendre ce qui avait été dit pour vérifier si ce qui s'est passé précédemment gardait le même sens ou s'il y en avait un nouveau. Cette façon de faire a été aussi en quelque sorte une clé pour ouvrir le dialogue, car l'action difficile fut de l'amorcer autour de ce double destin, génocide et contamination intentionnelle par le sida, qui fait l'objet de notre réflexion, particulièrement avec la population jeune.

Revenons maintenant aux six étapes : (1) *la codification initiale* consiste à étiqueter l'ensemble des éléments présents dans le corpus initial. Cinq activités caractérisent cette première étape. Nous avons à *dégager-relever-nommer-résumer et thématiser*. À ce niveau, Pierre Paillé insiste sur la relecture du corpus retranscrit, ce qui n'a pas toujours été le cas pour nous. Pour les entretiens retranscrits, nous avons suivi les conseils de cet auteur. Pour les autres, nous les avons écoutés et réécoutés, en les confrontant toujours avec les

notes de terrain. (2) Au niveau de la catégorisation, nous avons commencé à déceler les aspects liés aux phénomènes qui émergent de notre champ d'investigation. Il s'agit d'aspects qui nous paraissaient significatifs. Notre souci était celui de *regrouper-comparer-questionner-classifier*, pour chercher les éléments les plus significatifs dans nos données. C'est au niveau de la catégorisation que nos analyses furent portées à un niveau conceptuel. La démarche nous a permis de nommer les phénomènes mis en évidence dans le champ de la recherche. (3) C'est à l'étape de *mise en relation* que nos analyses proprement dites ont commencé à « se complexifier » (Paillé, 1994, p. 152). (4) Ensuite, au départ de la mise en relation, l'*intégration* nous a conduite à cerner l'essentiel, non seulement du propos, comme le dit Pierre Paillé dont nous nous sommes inspirée, mais aussi de la totalité de la dynamique qui s'intéresse aussi aux formes de langage autres que le verbal : le silence, l'expression du corps en lien avec l'ambiance de l'équipe et le contexte dans lequel l'ambiance se situe. (5) La *modélisation* a été l'étape lors de laquelle nous avons essayé de reproduire la dynamique du phénomène analysé. (6) En dernier lieu, c'est à l'étape de la *théorisation* que nous avons tenté de construire une théorie en l'enracinant dans les données du terrain. Nous ne pouvons pas oser dire qu'il s'agit d'une action « minutieusement » menée, ni d'une action menée d'une façon « exhaustive », comme le préconise Pierre Paillé (1994). Plusieurs barrières se sont intercalées, particulièrement celles qui sont liées à la culture en lien avec la nature de la thématique faisant l'objet de notre étude. L'étendue des données autour du « fait sans fin » nous imposait un tri. En plus de l'obligation de dépasser ces barrières, cette action était aussi la plus difficile dans ce processus d'analyse. C'est l'analyse contextuelle qui nous a permis d'interroger continuellement le passé, le présent et l'avenir par rapport aux variables de temps, de méthode et d'objet.

2.6. Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées ont toujours trouvé des solutions localement ou par l'intervention des membres du comité d'accompagnement. La plus grande difficulté que nous avons connue tout au long de cette recherche est la même que celle que les mères nous ont partagé : la transmission. « Que faut-il dire, que faut-il taire ? », nous demandaient les mères, chacune particulièrement, quand elle devait effectuer un tri parmi le chaos traumatique qui constitue son histoire. Alors que l'enfant veut la vérité, tout savoir et vite, la mère est anéantie par cette urgence alors que, d'une part, le choix ne s'opère pas si aisément et, d'autre part, le « *tout ne se dit pas* », disaient les mères.

Nous avons tout accueilli, dans un cadre bien contenant ; à notre tour de transmettre, nous rencontrons les mêmes difficultés. De quoi allons-nous témoigner ? Pour qui ? Et pour quoi ? Après une position de notre part par rapport à ce triple questionnement, en résulte une autre, liée à l'exactitude de ce dont nous témoignons par rapport à ce que nous avons entendu, vu et ressenti. Cela rejoint en quelque sorte la réalité liée au langage. Nous avons essayé, dans la mesure du possible, de prendre en considération le langage utilisé par les acteurs pour exprimer ce qu'ils ressentent et comment ils conçoivent les choses. Cela parce que nous sommes consciente de leur richesse quant à la conceptualisation de leur propre

vécu. Nous sommes cependant aussi consciente des limites humaines quant à l'exactitude dans la traduction du langage complexe incorporant les mimiques, les affects et les mots-phrases intraduisibles, surtout quand ils sont inscrits dans le registre d'un passé qui se réactive à travers la maladie. « Chaque langue est, certes, un mode unique de dire ce qu'elle dit exister ». Que se passe-t-il en cas « de traduction et de retraduction » (Giot, 2013, p. 204) ? En rapport avec la présente recherche, cela nous fait comprendre que toute cette façon qui consiste à mener la recherche en Kinyarwanda et produire les résultats dans une autre langue, ne s'est pas faite sans omettre une grande portion de la réalité inaccessible. Pour alléger l'ampleur de cette limite, nous avons essayé de nous surpasser en nous faisant lire et relire par des personnes de formations différentes et en discutant avec elles, pour être au plus près de la réalité autant que nous le pouvons. Malgré cela, « l'intraduisible » (Altounian, 2005) et « l'in-témoignable » restent pour le moment non-dits.

2.7. Conclusion

Concluons cette description méthodologique en clarifiant l'utilité de cette démarche, qui est bricolée. Un constat rarement reconnu s'est dégagé : bien que fatigantes, pour les novices dans la recherche, les recherches qualitatives présentent un grand avantage, celui qui est en rapport avec la qualité des données, particulièrement quand la personne qui fait ce recueil est aussi praticienne, ce qui est de notre cas. Une telle démarche nous a rapprochée des sujets et cela nous a livré des données fiables. Nous avons pu ensuite co-construire un modèle de soins. Pour ce qui nous concerne, malgré l'expérience pratique sur terrain et notre longue expérience, la complexité de la question posée, l'enchevêtrement des problèmes polymorphes, multifacettes, multidimensionnels, ainsi que la réalité singulière de chaque sujet, ont entraîné un certain tâtonnement, un certain bricolage par essais-erreurs, pour tenter de voir quelle approche adopter.

Voilà l'essentiel de la construction méthodologique qui résulte d'un long processus. Nous sommes loin de la recommander ; nous témoignons tout simplement de notre itinéraire, qui nous est propre, que la réalité liée au thème de réflexion sur le sujet qui fait l'objet de notre étude et à l'environnement, a permis. Faire différemment, procéder autrement – car tout n'est pas possible ni accessible au chercheur, comme diraient Bourguignon & Bydlowski (1995) – était l'une de nos préoccupations tout au long de cette recherche. Nous avons apporté toute l'attention possible à l'observation de phénomènes mal connus dans notre propre culture à l'exemple du silence, à l'observation du caractère unique de chacun de nos patients, à la façon dont chaque cas intègre sa maladie associée aux autres vicissitudes de la vie pré-, péri- et post-génocide. L'application des outils selon le contexte du terrain et les aspirations des acteurs était toujours l'objet de nos préoccupations anticipées en rapport avec l'analyse des données. Le souci en était que cela puisse nous permettre plus tard de saisir et d'interpréter les significations subjectives émanant du discours des acteurs (Pourtois & Desmet, 1988).

Une telle construction peut paraître étrange aux chercheurs qui sont préoccupés par une scientificité qui s'exprime en termes de rigueur, de cohérence et de progressivité. Elle est à

appréhender dans la logique de Fravret-Saada (1977, p. 53) et de sa méthode ethnographique. Jeanne Favret-Saada fait remarquer que la marque de scientificité ou d'objectivité se repère ordinairement dans le clivage institué entre un sujet d'énonciation ethnographique et l'ensemble des énoncés produits sur la culture indigène. C'est, à notre humble avis, cette façon de procéder qui semble convenir au présent thème de réflexion durant cette thèse, du fait de la prise en compte de la population, et donc aussi du contexte culturel dans lequel l'étude est menée. Notre construction méthodologique a aussi à voir avec la logique de Lebon (2012) qui a toujours trouvé les données essentielles dans des surprises que le terrain en général lui a offertes. Dans le contexte qui est le nôtre, nous ne pouvions qu'imaginer ensemble, avec le sujet en souffrance, un cadre possible et avons ainsi réussi à co-crée une sorte de méthodologie que nous appelons, « la méthodologie dialoguée ». Elle est à comprendre comme une méthode de négociation entre la curiosité du chercheur et le savoir du sujet, objet de recherche, un savoir issu de son ressenti et de ses représentations psychiques. Elle place à l'avant-plan le point de vue du sujet ; elle lui accorde le temps nécessaire. La curiosité du chercheur est à l'arrière-plan, mais, dans cette position, elle est bien définie et suffisamment assouvie. Les données fournies dépassent de loin ses attentes, car le sujet se sent presque dans son milieu naturel. Avec cette structure, un savoir issu d'un phénomène de conscientisation inhérent à la responsabilité partagée (Brackelaire, 1995) se construit. Ce savoir serait différent dans toute autre circonstance. La méthodologie dialoguée nous a donc permis de co-produire une troisième sorte de savoir, un savoir autre que celui que nous détenons, autre que ce qui est tiré de diverses autres ressources (Uwineza, 2005). Ce troisième savoir est bien celui dont nous bénéficions des sujets-objets de la recherche, tout au long du travail d'élaboration. Il est celui que ni le patient/sujet-objet de la recherche ni le thérapeute/chercheur ne serait capable de construire seul, sans que l'un compte sur ce que sait et ressent l'autre, découvre, progressivement, au fil du temps, dans un enrichissement mutuel ou dans une mutualisation des savoirs.

Chapitre. III. Entre-nous : espace « mère »

Ce génocide, Jusqu'où puis-je le maudire et par quelle direction puis-je l'expulser ? Je dis POUOUOUOUOU ! [...]. (Tina, 60 ans)

Au début d'AVEGA, on se rencontre seulement pour parler du génocide... Parler, parler, parler, parler que de ça. Se raconter comment chacune avait survécu, qui y était passé, qui on avait perdu. Mais on en parlait qu'entre nous. (Mujawayo & Souâd, 2011, p. 83)

Ici, entre nous, j'y ai trouvé la force et le désir de revivre. Ainsi je vis et je vivrai. (Concilia, 45 ans)

3.1. Introduction

L'essai de contextualisation du vécu psychologique du survivant et de sa situation socioculturelle ainsi que de la démarche méthodologique nous donne les éléments qui nous ouvrent l'espace « mère ». Dans le présent chapitre que nous ouvrons avec trois extraits des témoignages des mères, il est captivant d'approfondir la façon par laquelle cet espace s'est construit de soi et comment il s'est défini comme un espace « mère ». C'était en réponse aux questionnements autour de la façon dont nous allions aborder la complexité de cette thématique. Il est en même temps beaucoup plus judicieux de démontrer comment le concept d'Entre-nous a évolué au fur et à mesure du temps, tout au long des travaux de terrain de cette recherche-action. Ledit concept a évolué en se définissant premièrement comme un lieu bien connu, deuxièmement comme un espace invisible traduisant le processus de construction de liens entre adultes, troisièmement comme un processus de construction de stratégies méthodologiques définissant le cadre de recueil des données pour une population particulière dans un contexte particulier. Et puis finalement, nous trouvons intéressant de décrire dans ce chapitre comment ledit concept, œuvre de création d'acteurs de terrain, a fini par devenir un espace permettant les processus de reconstruction psychique. Les facultés processuelles de cet espace « mère » se démontrent à travers son évolution qui a engendré un autre espace « enfant » connu sous le vocable de Chez-nous et qui va faire l'objet de notre réflexion dans le quatrième chapitre comme nous l'avons évoqué dans la partie méthodologique. Ce chapitre poursuit le but de montrer en long et en large les résultats qui ressortent des actions de terrain qui se sont déroulées pendant 3 ans continus et qui nous ont guidée dans la considération de deux concepts Entre-nous et Chez-nous émergeant des données, comme un pilier central de nos analyses. Le présent chapitre est réservé au concept d'Entre-nous, le suivant, sera le propre du concept Chez-nous

Les résultats qui vont être présentés, viennent des données recueillies pendant l'ensemble des trois ans qu'ont duré les actions de terrain. Comme nous l'avons ciblé dans la partie méthodologique, à l'un des sites, le rythme des groupes de soutien n'est pas resté

le même que lors de notre présence. Nous n'analysons que les données recueillies pendant notre présence physique. Cette dernière était comptée en une période de 8 mois en trois temps, soit deux ans. Le premier temps de terrain va de septembre 2011 à avril 2012, le second de septembre 2012 à avril 2013, le troisième et le dernier temps de recueil des données de septembre 2013 à avril 2014. Après notre premier temps de terrain, nous avons décidé d'exclure le mois d'avril des mois comptant pour le recueil des données. Après l'analyse de données qui sortent du premier temps de terrain, nous avons décidé de réserver ce mois pour notre propre économie psychique et pour l'œuvre à la communauté. Les détails sur cette décision seront précisés dans ce chapitre autour du passage qui questionne la survie du chercheur.

Chaque temps de présence physique sur terrain était suivi par un temps de 4 mois, période de court séjour en Belgique. Le premier court séjour va de mai 2012 à août 2012, le second de mai 2013 à août 2013. Le tout dernier qui se prolonge avec la dernière année de rédaction va de mai 2014 à août 2014. Ce temps relativement court était pour nous un moment de mise à distance pour poursuivre d'une façon approfondie l'analyse des données récoltées pendant la période de 8 mois. Nous précisons bien qu'il s'agit de poursuivre les analyses car, comme nous l'avons précisé dans la partie méthodologique, nos analyses se faisaient progressivement et simultanément avec le recueil des données. Notre façon de questionner la subjectivité des participants, de leurs restituer ce qui ressortait des données, de revenir sur le matériau en incorporant d'autres personnes dans notre temps-post groupe, nous permettait de faire certaines analyses d'une façon préliminaire pour projeter d'autres pistes plus fécondes pour les sessions suivantes. Ces analyses collectives (Campenhoudt & Quivy, 2011) pouvaient se réaliser en trois niveaux. Le premier niveau se passait pendant les sessions groupales proprement dites, avec les mères et avec tous les facilitateurs de la séance de ce jour, et quelquefois, parmi ceux-ci, des stagiaires de différentes universités. Le deuxième niveau se passait après les séances groupales dans le temps post-groupe qui réunissait les facilitateurs des groupes, ainsi que, en cas de besoin, parfois un membre de l'équipe médicale qui travaille dans les consultations, ou une des personnes qui travaillent dans le service des antirétroviraux, ou l'assistance sociale, ou le nutritionniste. Le troisième niveau était occasionnel : c'était précisément pendant des moments de réunion pouvant rassembler toute l'équipe multidisciplinaire de l'institution, voire les autorités administratives qui nous rejoignaient souvent pour la passion qu'elles ont pour la clinique, étant elles-mêmes psychologues cliniciennes de formation.

Pour être plus précise quant à la poursuite des analyses qui se passaient simultanément avec le recueil des données, il s'agissait en fait de rechercher de temps en temps les pistes les plus favorables pour aborder ce thème si délicat et les sous-thèmes qui y sont ramifiés. Tous ces échelons d'analyses interrogeaient aussi la façon par laquelle nous allions nous y prendre, par implication et/ou distanciation par rapport aux situations qui se présentaient. C'est en quelque sorte la logique dont Brackelaire et Kinable nous faisait part chacun de son côté, mais qu'ils avaient soulevée comme le premier défi qu'ont le scientifique – compris à notre façon comme le chercheur – et le praticien – le clinicien ou l'intervenant –

à relever, une fois confronté aux figures de violence exterminatrice pour des raisons politiques comme celles dont nous traitons. On ne peut citer qu'eux :

...il s'agit de toujours mieux aiguïser et ajuster les clés, instruments et modèles théoriques aptes à structurer, en une systématique rigoureusement charpentée, une grille de lecture et d'analyse (de discernement-repérage et de catégorisation, d'interprétation et de construction-reconstruction, de modélisation et de conceptualisation) des phénomènes concernés. Apte, du même coup, à concevoir inventivement des modalités pertinentes, peut-être inédites, de traitement, d'intervention et de changement. (Brackelaire & Kinable, 2013, p. 450)

Comme notre recherche s'inspire de la théorisation « enracinée » pour ne pas dire « ancrée »⁴⁹, on comprend directement que les analyses ne se sont faites que progressivement en même temps que le recueil des données. Mais ce temps de distance en dehors du terrain nous a été bénéfique dans ce sens qu'il a rendu possible pour nous la sortie de l'espace Entre-nous, sans disparition. Avec cette période, le temps d'implication et de distanciation qu'exige toute recherche-action nous a été possible. Nous n'analysons que *les données directes*, c'est-à-dire celles qui sont récoltées pendant notre présence physique. Nous appelons *données indirectes*, toutes les informations non récoltées immédiatement auprès des personnes qui font l'objet de la recherche. Les données indirectes proviennent de trois sources :

- celles que nous avons récoltées auprès des co-facilitateurs directement après la séance groupale dans ce que nous appelons le « post-groupe ». C'est donc notre deuxième niveau d'analyse ;
- celles que nous avons récoltées auprès des collègues locaux dans le but de nous renseigner sur le déroulement du travail pendant notre absence physique sur terrain. Nous avons chaque fois à avoir recours à ces données pour établir un trait d'union, un pont de liaison entre les deux moments de terrain afin de pouvoir regagner notre place d'acteur-chercheur. Bref, c'était pour disposer du fil conducteur de la dynamique groupale et de ce qui s'est produit singulièrement chez chaque sujet ;
- celles fournies par d'autres membres de l'équipe soignante pendant des réunions – à notre troisième niveau d'analyse –, les échanges informels de passage ou celles que nous avons consultées dans le dossier du patient (médical-légal-psychosocial).

Comme nous l'avons précisé dans la partie qui décrit notre méthodologie, chaque temps de terrain était ouvert par l'évaluation des actions mises en place précédemment. Même

⁴⁹ Rappelons (cf. p. 130) que nous préférons l'utilisation de théorisation *enracinée* plutôt qu'*ancrée*. La raison est portée sur la signification de ces deux adjectifs. Pour nous, dans « enracinée », se cache le caractère d'émergence processuelle de quelque chose pour un développement vers un certain niveau continu, tandis que dans le qualificatif « ancrée », nous n'appréhendons que la dimension statique. Pour le premier, c'est comme si on déposait une plante avec des racines qui vont continuer à se développer à deux niveaux : au niveau sous-terrain par la prolongation et la fixation des racines et au niveau aérien par la tige et les branches. Pour le second, l'image que nous appréhendons, c'est celle d'un jalon en métal bien fixé dans un bloc de ciment. On comprend combien il est solide, rectiligne et statique. Dans notre modeste façon de voir les choses, nous n'avons pas l'intention de remettre en question la théorisation ancrée de Pierre Paillé. Par contre nous lui devons des remerciements pour nous avoir inspirée par son matériel mis à notre disposition, dont nous nous sommes servi amplement et qui a nourri nos réflexions.

pour le tout premier, pour démarrer la recherche-action proprement dite, il nous a fallu aussi d'évaluer les premières actions de notre travail clinique antérieur auprès des enfants, adolescents, jeunes-adultes et leurs familles. C'est de cette évaluation que ressort l'idée de continuer à développer le dispositif groupal centré sur la famille que nous avons lancé antérieurement.

Les données directes sont, quant à elles, de deux sortes : premièrement, il y a celles qui proviennent des actions évaluatives de notre expérience clinique antérieure. Deuxièmement, il y a celles qui sont fournies par les mères qui font l'objet de la recherche-action proprement dite, le cadre pouvant être le plus souvent groupal, mais aussi parfois individuel. Nous avons jugé bon de commencer par faire retour sur l'expérience d'avant la thèse, pour la simple raison que nous avons déjà croisé la population ayant subi presque le même sort que celle avec qui nous avons travaillé pour la présente recherche-action et pour laquelle nous avons commencé à réfléchir sur le genre de dispositif auquel on peut avoir recours pour l'accompagner.

Nous allons d'abord isoler les données directes qui proviennent des actions évaluatives de l'expérience clinique antérieure des autres liées à la recherche-action proprement dite. D'une façon verticale, nous analyserons d'abord 5 entretiens que nous avons eus avec 5 mères de familles, chacune individuellement, puis, d'une façon transversale, ceux que nous avons eus avec 5 membres de l'équipe soignante : un médecin, un infirmier psychiatrique, une infirmière ordinaire, un conseiller en traumatisme et la « *peer advocate* », avocate de ses pairs. Seuls les propos de l'infirmières responsables, sont présentés, du fait que les autres entretiens ont été superficiels en raison des programmes institutionnels.

Après avoir expliqué l'objet de l'interview, une question ouverte, posée d'une façon qui explicite toute sa dimension, fut adressée à chaque mère. C'était en quelque sorte une façon de la solliciter à faire un récit de sa vie par rapport à son histoire, l'histoire de sa maladie et tous les soins dont elle a bénéficié. Un petit message introductif de notre part l'encourageait et l'invitait à aborder un tel vécu. Elle avait à s'exprimer en long et en large sur son vécu, quand et comment elle avait appris qu'elle vivait avec le VIH&sida et comment avait pu accéder aux soins. Elle décrivait toutes les activités de soin et de prise en charge dont elle avait bénéficié. Nous avions quant à nous à repérer le rôle de ces activités dans sa vie personnelle, familiale et dans ses relations avec les membres de sa communauté. Enfin, elle était invitée à porter un jugement sur les activités de soins. Il lui a été demandé de nous suggérer ce qui devrait être révisé ou quelles nouvelles actions étaient à innover dans l'objectif d'accéder à la prise en charge globale de la personne infectée du VIH/SIDA.

Tout au long de l'évolution du récit, nous pouvions explorer les points non abordés et que nous jugions importants pour nous rendre compte de ce qui est utile pour le sujet et de ce qui barre le chemin de sa reconstruction. Ce qui justifie que, bien que nous soyons partie sur terrain avec un schéma mental de guide d'entretien, il ne s'est construit réellement qu'au fur et à mesure de l'évolution du récit. Il n'est donc pas le même pour chaque cas. Cependant nous avions à garder en tête le fait que chaque personne porte un jugement sur les activités de soins, en se positionnant sur ce qu'elle souhaiterait voir changer, renforcer,

voire innover, pour rendre le dispositif beaucoup plus efficace quant au soulagement de la souffrance de la personne vivant par le VIH. Cet extrait est un utilisé comme une porte d'entrée pour amorcer l'entretien évaluatif :

Je tiens d'abord à vous remercier pour avoir répondu à ce rendez-vous. Après toute une année, je reviens non pas pour reprendre le travail avec vous, mais pour m'appuyer sur ce que nous avons construit ensemble afin de voir comment démarrer autre chose. Je souhaiterais donc commencer par me renseigner auprès de vous sur l'importance des soins dont vous avez bénéficié depuis que vous êtes enrôlées dans le programme de suivi⁵⁰ (pour le VIH). Je vous encourage à parler à l'aise sachant que notre dialogue sera bénéfique pour le modèle de soins que nous voulons co-construire avec certains cas qui vivent avec ce problème⁵¹. Vous pouvez commencer votre récit dès l'enfance, jusqu'à maintenant. Toute information que vous allez fournir sera gardée confidentiellement. Évidemment, comme il s'agit d'une recherche, lors de l'écriture, j'aurai besoin de vos propos, mais je ne les utiliserai que dans l'anonymat. Ce n'est que pour m'informer en vue de réfléchir autour de ce qui peut être utilisé comme dispositif de prise en charge psychosociale, répondant aux besoins des bénéficiaires. Ainsi, je compte beaucoup sur votre contribution.

C'est votre tour de vous présenter largement. Je souhaiterais vous entendre vous exprimer en long et en large sur votre vie, votre vécu avec ce problème (le VIH/sida), les soins dont vous avez bénéficié et en quoi ça a contribué pour vous aider à vous reconstruire et comment vous vous êtes senties pas à pas avec ces soins. N'hésitez pas à relever les obstacles qui barrent le chemin de la reconstruction. Et si ça ne vous dérange pas, je souhaiterais enregistrer notre entretien, pour pouvoir en retirer les éléments importants par après. Encore une fois merci, et si vous vous sentez que ça devient long ou lourd pour l'instant, nous pouvons arrêter et fixer un autre rendez-vous. Et même, si vous sentez qu'il y a une partie de votre vie que vous souhaiteriez garder pour vous, vous n'êtes pas obligées de me la raconter.

Pendant les entretiens évaluatifs, il n'était pas question d'intervention, comme ça a été le cas pour les nouvelles actions entreprises dans le cadre de cette recherche-action. Nous avons simplement à recueillir les données. La méthode des récits de vie en tant que méthode de recherche qualitative fut utilisée. Pour certains cas, le récit venait de soi, pour d'autres, l'inconfort narratif se traduisait par des moments de silence, comme ce « temps mort » dont parlait Altounian (2005). D'autres aspects physiologiques pouvaient se manifester comme signes de persistance de la souffrance ou de sa réactivation par le fait de la « convoquer » à travers le récit. C'est vrai, les Rwandais le disent « *Ukize inkuba arayiganira* » : ce n'est qu'après être arrivé au bout du chemin que l'on peut raconter son parcours, ce n'est qu'après le combat que l'on chante la victoire (*kuvuga amacumu*). Il nous semble qu'il a été possible, pour les personnes qui ont participé aux entretiens évaluatifs, de narrer les histoires, contrairement à ce qui s'est passé lors de l'utilisation de cette même méthode pour les nouveaux cas qui ont fait l'objet de cette recherche-action. Pour 4 mères parmi les 5, nous avons fait un seul entretien d'évaluation. La cinquième, nous avons dû la

⁵⁰ « Prononcer le VIH et le SIDA face à la personne qui vit avec est vexant », nous avait fait savoir une des collègues avec qui nous travaillions dans le temps et dont certains patients participent à cette évaluation. Dire que l'on est enrôlé dans le programme de suivi, sous-entendu programme de suivi pour le VIH et le sida.

⁵¹ « Problème » ou *Ikibazo*, mot utilisé couramment pour éviter de prononcer le VIH&Sida, en vue de ne pas remuer encore le couteau dans la plaie.

voir en trois séances, car sa traversée du génocide lui est toujours difficile à surmonter. Pour les mères qui ont participé aux entretiens évaluatifs des actions antérieures, nous pensons que la simplicité dans la narration est due au temps qu'elles avaient passé dans le processus d'accompagnement et qu'elles ont peut-être dès lors pu souder et ressouder les parties. En plus la tâche fut allégée par la confiance qui était déjà établie depuis quatre ans et six mois de travail ensemble, ou au moins deux ans pour ceux qui ont été intégrés dans le programme un peu tardivement. Tous les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et traduits.

L'analyse portait essentiellement sur le contenu du récit, c'est-à-dire sur les thèmes qui se sont dégagés ; les comportements observés nous ont aidée à comprendre ce contenu. Ainsi, notre tâche était de donner sens à telle expression, intonation, formalisation, ou à tels comportements manifestés, afin de les inscrire dans la dynamique de la souffrance de chaque cas dans sa singularité, en vue de se renseigner réellement sur les dimensions du dispositif qui ont apporté un changement notoire. C'est pourquoi toute notre capacité d'attention a été retenue par quelques points qui nous ont permis de saisir le sens de la souffrance de chaque cas, comme l'histoire personnelle et familiale, le contexte dans lequel la maladie ou l'infection fut installée, son impact sur la santé de tel sujet de sa famille, le parcours pour accéder aux soins, ainsi que son propre jugement quant aux changements que le système des soins a apportés à son vécu.

C'est après les présentations des résultats issus de ces entretiens évaluatifs que notre lecteur sera convié à prendre connaissance des résultats issus de nos analyses autour de 26 mères faisant l'objet de la présente recherche-action. Les lignes qui suivent concernent les résultats des entretiens évaluatifs des actions de l'expérience antérieure. Pour cette population, le sujet survivant n'était pas isolé, n'était pas pris comme cas particulier. Cette population était composée du « tout venant », le seul dénominateur commun étant l'infection au VIH/sida d'une personne suivie dans la clinique de WE-ACTx et enrôlée dans les groupes de soutien depuis au moins deux ans. Nous ne nous sommes pas seulement renseignée sur l'effet du dispositif. En fin de compte, il fallait en même temps se renseigner sur tout le vécu du sujet, avant et après l'infection. Ce n'est que de cette façon que nous avons pu nous rendre compte de ce qui a été détruit, dans quel contexte, et de ce qui a été réparé ou des difficultés qui s'intercalent et comment le sujet y fait face. C'est cela qui pouvait nous renseigner sur ce à quoi on peut s'attendre pour la nouvelle population pour laquelle nous avions à aborder deux entités distinctes qui se coalisent dans le psychisme et dans le corps du survivant pour former une terreur sans nom, surtout quand il devient nécessaire de témoigner (Gishoma, 2014 ; Waintrater, 2003 ; Altounian, 2005 ; Hatzfeld, 2000 ; Gampel, 2004). Pour l'instant, nous analysons verticalement les 5 cas et les thèmes saillants qui ressortent au cœur de chaque cas seront mis en relief. Le dernier point de cette partie est en quelque sorte un résumé à format transversal, dans lequel nous ne dégageons que les thèmes qui nous ont servi pour les nouvelles actions.

3.2. Évaluation de l'expérience antérieure

3.2.1. Note explicative

Comme nous l'avons signalé dans la partie méthodologique, après tous les contacts préalables, nous avons débuté la recherche-action par l'évaluation du dispositif mis en place avant la thèse pour voir si nous pouvions nous en inspirer. Deux points nous semblaient interpellants : le vécu de la personne vivant avec le VIH et le dispositif groupal pour sa prise en charge psychosociale. Les particularités pour le survivant – personne mise au centre de la présente recherche-action – furent soulignées et par les femmes interviewées et par leurs soignants lors de nos entretiens évaluatifs.

Une recherche qui combine des méthodes quantitatives et qualitatives a été faite, lors de nos derniers jours dans la clinique WE-ACTx, auprès des groupes de soutien mis en place et ses résultats montrent que les membres des groupes de soutien soulignent un changement positif dans différents secteurs de la vie, grâce aux groupes de soutien psychosocial. Dans l'objectif d'examiner l'efficacité de ces groupes chez les femmes rwandaises infectées par le VIH quant à leur influence sur la santé mentale, particulièrement sur les symptômes dépressifs et sur l'adhésion au traitement anti-rétroviral, un questionnaire a été administré auprès de 157 femmes qui fréquentaient les 10 sites de groupes de soutien. Les résultats témoignent que c'est grâce au groupe de soutien que les membres ont pu adhérer au traitement antirétroviral, construire des relations interpersonnelles et ainsi sortir de l'isolement. Cette affirmation tient au fait que 99% des femmes affirment que, depuis qu'elles furent intégrées dans les groupes de soutien psychosocial, elles ne se sentent plus seules. 95% témoignent qu'elles sont moins tristes par rapport à leur état de tristesse avant d'être intégrées dans les groupes et 87% témoignent qu'elles ont pu révéler leur statut sérologique à plus d'une personne. Les résultats issus des méthodes qualitatives montrent que les participants témoignent de leur capacité d'interagir comme tant d'autres, malgré leur statut sérologique et la stigmatisation rencontrée dans l'environnement. Un des changements positifs que cette étude a mis en évidence est en rapport avec le sentiment de renaissance et la motivation pour la survie. On le lit des ces propos :

... When I came the first time I was even thinking of killing myself because I thought 'Well, I will die, why not kill myself before I die'. Then when I joined the group they told me how life would continue. Sometimes, before I decided to kill myself, I was thinking 'If I kill myself my children won't have anyone to take care of them'. So I decided to kill them before me. Then I was planning to kill them one day and to kill myself the next day. But it was (then) I decided to come to the support group and they told me that my life would continue and I have to take care of my children. They really helped me. They told me my children still needed me beside them and so I decided to not kill them or myself. So I think that the group is very important and I'm focused to live (Walstrom, Operario, Zlotnick, & Mutimura, 2012, p. 8).

Cependant, l'intérêt personnel que nous avons pris dans la présente recherche-action, n'a pas été abordé, surtout les particularités liées aux dispositifs de prise en charge et au vécu singulier de chaque participant. C'est pour cela, que nous débutons nos actions de

terrain par l'évaluation. Maintenant que l'idée de la recherche a mûri et s'est ajoutée au souci de soulager que nous avions à l'époque, nous revenons sur ces groupes de soutien mis en place antérieurement pour voir ce que nous pouvons y puiser comme bagage instructif qui pourrait nous permettre d'aborder cette thématique. Cette fois-ci avec le souci, non seulement de soulager, mais aussi de chercher. Quel serait le portrait de ce dispositif, quelle serait son allure ? Que pouvons-nous apprendre de ce qui a été déjà mis en place pour continuer de la même manière, ou différemment ? Telles sont des questions qui sont restées en nous et qui revenaient en nous de temps en temps, tout au long de la première année d'élaboration du projet de cette thèse. Voilà pourquoi, pour commencer nos actions de terrain, nous avons voulu commencer par là. C'était dans l'objectif de « transformer la réalité et produire des connaissances concernant ces transformations », comme c'est le cas dans le contexte de toute recherche-action (Hugo & Siebel, 1988)

WE-ACTx travaillait déjà avec 24 associations des personnes vivant avec le VIH. Plusieurs groupes de soutien pour les personnes qui proviennent de ces associations ont été mis en place progressivement. Du côté des patients, nous avons choisi de faire notre évaluation en passant par 5 familles, représentés par les mères. Ces dernières proviennent chacune des 5 premiers groupes mis en place. Nous les avons choisies aléatoirement, en se basant sur le fait qu'elles devaient être membres du groupe de soutien au moins pendant au moins deux ans. Comme signalé plus haut, nous nous sommes informée auprès des membres de l'équipe soignante. 5 entretiens ont été faits. Un médecin, un infirmier psychiatrique, un infirmier ordinaire, un conseiller en traumatisme et la (peer advocate, chargée de plaider pour ses pairs, ses semblables. Comme il ne s'agit que d'entretiens évaluatifs, nous n'allons pas entrer dans les détails des 10 interviews. Certains entretiens sont détaillés à fond pour en explorer au maximum les thèmes qu'ils contenaient. Pour le reste, nous ne reprenons que les thèmes non abordés dans les précédents. Cependant, ce qui est présenté est fait minutieusement jusqu'à convier notre lecteur à percevoir l'ambiance du moment. Pour les 5 autres faits avec les autres membres de l'équipe soignante, nous résumons leurs recommandations par la voix de l'infirmière responsable.

3.2.2. Jeanne est pensive et pousse des soupirs momentanés

Nous la rencontrons vers 10h00, en date du 3 octobre 2011. Elle est alors âgée de 33 ans. La dame est de petite taille. Elle entre avec son fils F., qui a sept ans. Nous sommes dans le bureau qui nous est prêté. Elle nous apparaît souriante. Après avoir expliqué l'objet de notre entretien, nous lui accordons la parole. Avant de commencer, elle nous regarde en fixant notre stylo déposé au-dessus du bloc note comme si elle craignait que nous prenions note. Cela est l'opportunité de revenir clairement sur l'usage de l'outil d'enregistrement auquel elle avait marqué un accord automatique par un simple « *nta kibazo* » (pas de problème). « Les enregistrements et la prise de notes sont à usage interne, l'anonymat du sujet sera protégé », soulignons-nous. Après son accord qui nous rassure que nous ne sommes pas la première à solliciter son récit, nous la rassurons à notre tour au sujet de la confidentialité et nous l'invitons à continuer.

Eeehmm....., (elle nous semble pensive comme si elle cherche par où commencer). En rapport avec la façon dont j'ai appris comment je me porte (uko mpagaze)⁵² ... (Un moment de silence avec tendance à rétrécir la grandeur des yeux comme si elle va les fermer). Ça n'a pas été facile pour moi. Il m'a été difficile de l'intégrer. (Elle s'arrête devenant pensive et les yeux deviennent trempés de larmes, malgré le sourire qui est toujours là).

Nous avons voulu lui épargner d'entrer directement dans cette histoire douloureuse sur laquelle elle se focalise immédiatement. Nous lui avons posé une question qui la fait retourner dans la vie quotidienne de son enfance pour pouvoir accéder là plus tard, après y avoir été préparées à deux. Nous l'appelons par son prénom : *Jeanne, dis-moi, quel âge as-tu ?* La voilà qui devient soudain pensive et triste. Le dialogue sera entrecoupé de longs moments de silence suivis de soupirs. Il ne fait pas chaud dehors, ni dans la pièce, mais la dame transpire. N'y a-t-il pas assez d'air ? Nous nous interrogeons, face à la dame, qui a l'air plutôt d'étouffer. Nous nous disons que peut-être l'enfance n'as pas été facile comme c'était le cas lors de l'annonce du statut sérologique positif. Pour répondre à nos questions qui la situent tout au commencement, elle commence par la fin. Écoutons-là d'ailleurs, à ce sujet et à ce moment précis :

Heureusement que WE-ACTx nous a donné des moments de repos, (je vais dire les rencontres dans ces groupes) sinon on aurait couru sur les collines. Niyushya akuya kugira ngo nibesheho, mbesheho umuryango, none umusaruro ni iki cyorezo. (Je n'avais ménagé aucun effort pour ma survie, celle de ma famille et la récompense n'est rien d'autre que ce fléau). Quand j'y reviens, ça devient si nombreux, ça m'étouffe, et il me manque des mots et des moments pour m'en débarrasser. je deviens muette et je souffre seulement.

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, nous sommes rassurée. Du moins Jeanne peut parler. La prise de parole la libère un peu. La confiance est-elle un brin de thérapie ? Oui, pensons-nous. Pour le moment, une finesse, qu'il fallait organiser préalablement pour que le locuteur libère son récit à l'autre écoutant, s'est établie. Nous en avons une bonne impression. Les hésitations, la recherche de l'air par des soupirs, les moments de silence prolongé traduisaient le climat intérieur que les aléas du dehors lui avaient imposé. Comme nous l'apprenons tout au long de son histoire.

3.2.2.1. Le parcours brouillé

D'où vient le climat intérieur aussi torride et aussi sombre à la fois de cette mère? Du creuset de la trajectoire propre à Jeanne, allié aux interactions de l'univers clos qui déterminent un parcours brouillé. C'est la vérité : « l'homme ne naît pas seul et ne connaît pas seul, il lui est impossible de faire l'expérience de quoi que ce soit en l'absence d'un univers de référence, le quel forme le creuset de son expérience », disaient Paillé et Mucchielli (2013, p. 119). Il a été impossible à Jeanne de restructurer ses propos en s'écartant de son univers présent et passé.

⁵² « *Uko umuntu ahagaze* » Une expression de contour pour dire le statut sérologique de la personne d'une façon indirecte.

Je suis née en 1978, mais de toute ma vie, je n'ai jamais eu la bonne santé, Je suis malade depuis ma deuxième année primaire, j'ai plus souvent été dans des services sanitaires qu'à l'école. Cela a fait que je ne parviens pas à faire des études secondaires, car j'arrivais à l'école à l'heure que je veux. Malgré tout, j'étais très intelligente, car je ne dépassais pas la 3^e place de la classe. Malheureusement, par après, j'ai été chagrinée par le fait de ne pas réussir l'examen national, pour que je puisse continuer les études, même si un des parents (père) n'était plus en vie... (Un moment de silence).

Pendant que Jeanne aborde le contexte dans lequel elle fut contaminée, son fils à qui nous avons demandé d'aller jouer dehors pour nous céder la place se met à pleurer. Nous entendons ses gémissements derrière la porte. Impossible de continuer. Nous lui avons demandé de clôturer et fixer un autre rendez-vous. Elle décida de le faire entrer et de continuer même en sa présence. « *Qu'il entre, je ne lui cache rien. Il connaît déjà tout.* »

L'état maladif fut une des raisons qui ont contribué à ce que Jeanne n'accède pas à l'école secondaire, alors qu'elle était toujours parmi les trois premiers de classe. Sa première déception fut le fait de rater l'examen national, qui a eu lieu immédiatement après le décès de son père. Un long moment de silence s'ensuit. Nous pensons qu'il est peut-être lié à la macabre plongée dans l'histoire familiale ou à son propre vécu lié aux événements traumatiques. Elle se confie : « *Ni nayo ntandaro y'iki cyorezo (C'est d'ailleurs la cause de ce fléau)* ». Elle prononce la phrase au rythme d'une respiration, profondément acculée à une sorte d'impasse. C'est ce que l'on appelle en Kinyarwanda, « *gusuhuza umutima.* »

Fille cadette dans une fratrie de trois enfants et fille unique attachée à son père, elle impute l'infection par le VIH à la mort de son père, source de l'échec d'une vie sereine. Le décès de son père l'a acculée à quitter la campagne pour aller s'installer en ville. C'est à la recherche d'un emploi, chez une personne qu'elle imagine de bon cœur. La personne pourrait l'embaucher comme femme de ménage. La personne, se dit-elle avec toute innocence, lui facilitera la poursuite de ses études, en lui payant les frais de scolarité comme salaire pour travaux domestiques. Cela ne serait pas étonnant. Ça a toujours existé, qu'un jeune à l'âge de scolarité soit assisté par un adulte, qui peut lui épargner de travailler étant mineur, le fait entrer à l'école et le compter parmi les siens. À défaut de scolarité, la personne l'aiderait à trouver une machine à coudre, grâce à quoi Jeanne pourrait encore gagner sa vie, et épauler sa mère, dans ses charges familiales. Puis d'ajouter : « *J'étais naïve, une simple campagnarde* », dit-elle avec un sourire non prononcé. Mais le sourire, chez elle, est aussi, nous semble-t-il, une autre façon de pleurer, ou de contenir les larmes de ses yeux imbibés, qui vont déborder. Le récit là-dessus est bien structuré et elle raconte en associant l'acte posé aux attentes et/ou des alternatives déjà planifiées pour gagner sa vie à tout prix.

Mille projets trottaient dans mon esprit, mais je n'avais personne à qui les adresser. C'est ainsi que j'ai quitté chez nous à la maison, pour aller je ne sais où, en ville. Je suis partie avec espoir que je rencontrerais quelqu'un qui pourrait se donner pour moi en payant le minerval. J'avais appris par une fille de mon âge à l'époque, qui aussi vivait en ville, elle m'a annoncé que l'on peut trouver un emploi facilement en ville, et me proposa de venir et chercher où je peux travailler, par exemple dans une famille pour 5000 Frw ; pour enfin gagner ma propre vie. J'ai volontairement accepté parce que je me disais qu'avec ça, même

si je n'avais pas pu faire les études complètes, je pourrais en arriver à me procurer une machine à coudre, sinon qu'un bienfaiteur pouvait me la trouver. J'avais fait une petite formation en couture ; j'avais quelques notions seulement, je n'ai pas pu l'achever.

En l'écoutant parler, on dirait une jeune fille qui s'est lancée dans une aventure incertaine pour explorer l'autre versant de la vie. On dirait qu'elle était assignée à satisfaire toutes les besoins de la famille par je ne sais pas quel miracle. On ne songe qu'au « moment adolescent » (Masson, 2004), à l'adolescence et l'exploration de la toute-puissance (Quentel, 2011). Les deux frères aînés sont presque oubliés parmi les gens qui peuvent contribuer à l'économie de la famille. Elle ne les évoque que quand nous nous étonnons de la façon dont elle a endossé des responsabilités énormes alors qu'elle était encore jeune, fille et en plus cadette.

– *C'est moi qui suis la cadette. Comme la vie en famille n'était pas aussi bonne, après un mois, j'ai dû apporter quelque chose à ma mère [pour dire un peu d'argent].*
 – Tu étais la cadette ? Étonnant de t'occuper de toute la famille alors que tu étais la plus petite !
 – *Je suis justement la cadette, nous sommes à trois seulement. Deux garçons et moi-même. Ma mère est actuellement vieille. J'étais donc obligée de nourrir la famille, le salaire me servait aussi de transport. Le peu qui me restait était presque inutile.*

Elle est donc allée travailler dans des ménages. Elle se sent bien traitée affectueusement dans le premier ménage mais le salaire est insignifiant. Par après, le destin, ou l'aventure, la conduit jusque dans un autre ménage. C'est là que Jeanne est allée travailler ; c'est là qu'elle aura des relations avec un homme qu'elle qualifie de « respectueux » qui sera le père de ses trois enfants. Elle tente d'en parler, mais le récit ne sort pas aisément. Le débit est trop lent, Jeanne est toujours pensive, le récit est bloqué par une boule dans la gorge, avec un effort gigantesque de ne verser aucune goutte de larmes :

... J'ai dû quitter cette famille. Une femme, petite sœur de la femme de cette maison, m'a indiqué une autre famille à K (un autre coin de la ville). C'est d'ailleurs... (Silence avec l'humeur triste)... Peut-être c'est là à... que j'ai rencontré ce problème [sida]. Même si je ne le sais pas exactement, c'est peut-être lui ou les autres. Là, je crois que lui aussi n'était pas gentil, tout ce qu'il m'a fait il savait ce qu'il faisait. Même les mots de moqueries qu'il m'a lancés par après, ... (une interjection de kwimyoza + agressivité) ... Le brouillard du cours de ma vie survient le jour où ce monsieur a joué avec ma jeunesse et mes sentiments. ... Je ne savais pas ce que c'est les hommes. Je l'ai appris après [...].

Sa lucidité en est obstruée à ce moment. Bien que Jeanne ait 3 enfants avec cet homme, ils n'ont jamais vraiment mené une vie de couple vivant ensemble. Tantôt, elle qualifie ce qui lui est arrivé de viol, où la force cachée exercée par ce monsieur se dissimulait dans le soi-disant respect qu'il lui manifestait. Tantôt, elle se culpabilise, se retourne l'erreur en essayant de pardonner au monsieur. « *Je me suis laissé faire. Moi-même je n'ai pas pu réagir* », dit-elle. Pour vivre avec « cette honte » – pour reprendre sa propre perception –, Jeanne essaie de tolérer ces relations avec « *l'homme respectueux* ». Selon ses propres propos, tout a été fait contre sa volonté, sans oser dire non, ni dénoncer. S'ensuivent les promesses, qui la poussent à tolérer l'agression, par après elle se culpabilise elle-même, en

raison de ne pas avoir pu faire un bon choix, entre le travail pour gagner sa vie et sa dignité en tant que fille qui ne devait pas se laisser faire ni permettre que ces actes sexuels se produisent. Elle connote ça comme une forme de *viol silencieux*.

3.2.2.2. *Le viol silencieux, toléré ou orienté contre la victime*

Sans se prononcer, la jeune mère dit avoir été violée. Cet « *homme respectueux* » lui a infligé une sorte d'agression sexuelle silencieuse, selon elle. Tout a commencé petit à petit, à force d'être toujours à la portée de ce monsieur. Dire non n'était plus possible ! Elle ouvre son récit autour de ça, par un aphorisme de regret, qui excuse l'homme respectueux en s'accusant soi-même d'être auteur de son malheur. « *Je n'avais que seize ans, j'ignorais ce que c'est qu'un homme, je suis tombée dans son piège* ». La méconnaissance du risque qui l'attendait sur le chemin qui mène vers ce qu'elle appelle la vie, est perçue comme une faute lourde qu'elle s'attribue. Les transgressions violentes visent d'abord les êtres les plus faibles (Vigarello, 1998 ; Brison, 2003). C'est le cas des enfants, des servantes, orphelines et mendiante, des bergères, des glaneuses, des travailleuses isolées, etc. « L'offense à leur égard compte peu comme comptent peu les blessures physiques dans un monde de précarité » (Vigarello, 1998, p. 28). Pour replacer l'histoire dans le contexte du pays, ces propos trouvent leur place :

Certaines femmes sans en être d'ethnie Tutsi ont également été abusées sexuellement en raison de leur identité sexuelle, quels que soit leur âge et leurs affiliations politiques, dans les circonstances de violence extrême qui prévalaient au Rwanda à ce moment (Mukamugema, 2003, p. 75).

Il est clair que ce qui s'est passé chez Jeanne ne s'inscrit pas du tout dans le cadre du viol ou d'autres agressions sexuelles qui ont eu lieu pendant le génocide, considérées comme armes de guerre. Mais cela n'enlève pas les conséquences sur la vie de cette gamine après cette expérience. Évidemment que ces deux atrocités exacerbent la figure des actes d'agression sexuelle, mais leurs retentissements sur la victime restent singuliers. On peut penser aux abus sexuels répétés, ou encore « ce viol simple dont on ne parle pas » (Bessoles, 2008, p. 23), mais à notre avis, dans des circonstances paisibles, la gamine, qui n'avait que 16 ans, ne devait même pas exercer ce genre de travaux selon la loi, car elle n'était qu'une enfant mineure qui devrait en principe être sur le banc de l'école. Et voilà que le temps d'après génocide l'a transformée en une adulte, qui se sent obligée de gagner sa propre vie et celle de sa mère. Elle connote cela comme une sorte de « viol silencieux ». Tenter de définir cette forme de viol revient à rassembler les éléments contextuels qui entourent aussi bien le violeur que la victime. Le premier semble être dans la position de toute-puissance, du géant, la seconde étant quasiment dans la position de vulnérabilité qui la réduit à la merci de l'autre. Pour nous, la force qu'incarne la notion de viol se glisse dans la posture de la toute-puissance comme celle de ce « *monsieur respectueux* » pour ne reprendre que l'appellation de Jeanne. Ainsi elle est utilisée pour accabler la victime en position de vulnérabilité, avec l'insistance des arguments convaincants, précisément préparés (Bessoles, 2008). Une fois que l'acte a eu lieu une première fois, la seconde n'est pas si compliquée. Dans la mentalité de la victime, se souvenir n'a plus d'importance.

« *L'essentiel n'est plus préservé. Si je dis non, je me mettrais déjà dehors et je perdrais tout* », pensait Jeanne pendant tout la période qu'elle a passée dans ce ménage. Voilà ce qui l'a maintenue dans une telle position de victime jusqu'au point d'avoir trois enfants non désirés et le VIH/sida.

Le soutien dont elle a bénéficié dans sa famille, particulièrement de sa mère et des soignants, lui a permis de se rétablir. Écoutons-la, mais nous signalons que l'organisation du récit autour ne se faisait toujours pas sans peine. Le récit ne vient pas de soi. Elle est tellement pensive, respire profondément, fait des soupirs momentanément. Nous avons l'impression qu'elle a peur de s'y engager. Elle prononce la première phrase à travers laquelle on appréhende immédiatement la recherche d'un point d'appui pour s'y plonger sans s'immerger. Il nous semble qu'elle fournit un effort gigantesque, cherche à prendre courage pour ramener à la surface le passé pénible.

Il faut aller au fond de la mer, pour ramener et laisser flotter ce qui était déjà décanté. Ce n'est pas chose facile, mais, bon... C'est comme ça, dit-elle pour prendre le courage d'y aller : « Inzira ntibwira umugenzi (Le chemin ne parle jamais au pèlerin) Ni jye wikuye amata ku munwa. (C'est bien moi qui s'est retiré du lait dans la bouche) » ... Il travaillait ailleurs et ne rentrait à la maison qu'une fois par semaine, (huuumm, silence)... J'y ai travaillé pendant longtemps, il me traitait comme sa sœur. Je me disais que c'est là où je gagnerais ma vie. Dans cette maison, (...) il y avait aussi l'homme aussi respectueux, je restais tout le temps avec lui... Il ne m'a pas réellement violée, mais, en même temps, c'est comme si il l'avait fait silencieusement, ... nous n'avons rien décidé. (Huuuumm, silence). Il m'a manipulée en me promettant des miracles, je n'ai pas pu dire non, ce n'était même pas possible. Si je le réussis aujourd'hui, qu'est-ce que j'allais dire demain ? C'est comme ça, moi-même je ne sais pas comment je suis tombée dans son piège. Ce n'était pas le mode de vie que je voulais. Mais... bon... j'étais encore dans les pensées infantiles, j'avais seulement 16 ans. Un mois après, je n'ai pas eu ma période, après deux mois, je sentais que dans mon ventre tout avait changé. J'ai raconté ça à ma cousine et elle m'a dit que j'étais peut-être enceinte. Ma mère l'a finalement su, suite à quoi elle a demandé à ce que je rentre car j'avais déjà commencé à être malade. C'est ainsi que j'ai perdu mon salaire, et que j'ai perdu ma vie. Je devenais malade petit à petit. Arrivée à la maison... (Silence) j'ai mis au monde.

En écoutant ces propos, la façon dont elle les racontait, on réalise comment convoquer le passé douloureux peut provoquer la même douleur morale. On ne peut pas ne pas penser à ce qui se situe « au fond de l'horreur » (Godard, 2004). Ce fond d'horreur est constitué de mots qui déclenchent immédiatement des réactions de peur, parfois d'effroi. Elle redevient pensive. A-t-elle peur ? Se questionne-t-elle sur son interlocuteur ? Elle a des raisons de se questionner sur nous. Contrairement aux autres mères avec qui nous avons longuement travaillé, pour Jeanne c'est pour la toute première fois que nous nous rencontrons et en plus pour un entretien qui entre dans l'ordre de l'intime. À travers son contenu émotif, nous nous disons qu'elle est peut être terrifiée et que la peur se réinstalle pendant qu'elle raconte ce qui lui a été interdit de raconter. C'est-à-dire, ce viol silencieux – pensons-nous – qui s'est glissé sous la puissance de l'agresseur-père de ses enfants face à l'innocence combinée aux désirs du sujet jeune en pleine adolescence, période de crise à laquelle personne ne peut apporter solution (Masson, 2011 ; Quentel, 2011 ; Winnicott, 1989).

Dans la suite, des pertes inquiétantes surviennent l'une après l'autre, se superposent et placent la jeune mère dans une situation de vulnérabilité continue. Elle se cherche la vie, elle a tapé sur « la fausse solution » bien qu'elle ne veuille que l'éclipser. Poursuivons son histoire autour de la superposition des pertes qui font de sa vie une histoire indéfinissable.

3.2.2.3. La superposition des pertes traumatisantes

L'abandon et le mépris faits par le reste de la famille, la dégradation progressive du corps, le psychisme débordé, etc., voilà ce qui constitue la destinée de Jeanne depuis qu'elle a mis un enfant au monde si jeune, et surtout depuis que la famille sait qu'elle vit avec le VIH/sida. Dans la suite, avec les stades d'avancement de la maladie, les pertes progressives de ses potentialités physiques et psychiques, les autres membres de la famille l'ont abandonnée, même le reste de son environnement. Nous avons été étonnée de la façon dont, dans son récit, elle ne cherche que les éléments vivifiants, malgré l'abandon de sa famille. Elle n'a pas manqué d'évoquer la part positive de sa mère et de son frère dans les premiers jours de sa grossesse. Nous déchiffrons combien cette mère lutte pour vivre. Et nous apprenons que la famille est quelque chose de très important ; en son absence, on symbolise, on caricature, on s'en dessine une autre qui a toutes les qualités dont devrait disposer la première.

Il est possible d'inventorier une série d'autres pertes traumatisantes, dans la suite des propos de Jeanne. Un malheur ne vient jamais seul. L'enfant issu de cette première union meurt. Jeanne avait déjà été infectée par le VIH/Sida. Sur ces entrefaites, le père revenait de temps en temps, pour la « manipuler », selon ses dires. Cette phrase reste gravée à jamais dans la mémoire de Jeanne, et c'est ce qui lui fait penser que « le Monsieur respectueux » l'a infectée sciemment. « *Uzarebe neza : imisigati⁵³ yaje mo za nkongwa* » pour dire rituellement : « Désormais, sois attentive : les rongeurs attaquent déjà les tiges ». C'était une façon de lui dire péjorativement que le virus du sida ronge son corps, comme les petits insectes rongent les tiges de sorgho. C'est au cours de ces va-et-vient qu'il lui prenait ce qu'elle gagnait à la sueur de son front. La fréquentation aidant, elle aura d'autres enfants. Comment pouvait-elle ne pas céder aux sollicitations du Monsieur ?

L'enfant, en tradition rwandaise, constitue comme un contrepoids à la mort ; il est, selon Jeanne elle-même, « *source de la vie et la raison d'être.* » Citons-la encore, sur le sens de la vie et sur le plan potentiel des superpositions des pertes:

[...]. Oui, même Freddy est aussi à lui. Ce sont mes enfants qui sont ma raison d'être. Sinon... (Silence). L'homme ?... Il s'est fait qu'il se présente en famille pour demander ma main, nous nous sommes préparés, mais finalement il n'est pas venu, il m'a promis plusieurs choses qu'il n'a pas pu honorer. Même à la date d'aller au bureau du district administratif (Umurenge) pour le mariage civil, il n'est pas venu. Même avant, il m'avait trompée...

⁵³ Umusigati, tige de sorgho. Au pluriel, on dit, imisigati. Dans le présent contexte, la tige, peut bien signifier le corps humain. Nkongwa, le petit insecte comparable à la chenille, garde la même appellation que ça soit au pluriel ou au singulier. Il est donc comparable au virus du VIH. L'utilisation du pluriel ne signifie rien d'autre que le fait de parler du singulier bien connu au pluriel qui reprend la forme du général, mais en réalité, la personne à qui ont fait allusion est bien connue.

Jusqu'à présent, je ne comprends pas ce qu'il voulait, des manipulations, des mensonges, des promesses qui n'ont pas de fondement solide... Les hommes ? Qu'est c'est que c'est l'homme ? ... Il n'a fait que mentir. La preuve : il a repris tout ce qu'il m'avait donné, voire le fruit de la sueur de mon front. Je crois qu'il avait su qu'il était infecté. Il est venu par après me mentir encore, en me disant qu'il allait subir une intervention chirurgicale. On devait, à ses dires, lui retirer un éclat de balle dans l'épaule gauche. Il parlait encore de paralysie. Il dit avoir été empoisonné par les filles de chez lui. Il a entremêlé plusieurs mensonges. [...]. Il m'a fait croire qu'il a aménagé une autre maison et que je dois le rejoindre et planifier ensemble comment programmer encore le mariage au lieu de rester dans l'environnement où tout le monde connaît notre histoire. Tout ça c'était pour réellement me retirer les enfants. ... Il m'a demandé l'argent dont je disposais. Je lui ai dit le montant. Il me l'a confisqué, me laissant juste les frais pour le bus, un aller simple. Il m'a ordonné de retourner immédiatement chez moi, et m'a fait sortir en me poussant vers la porte à la tombée de la nuit. Je me demandais comment il peut être si méchant. Il était devenu un autre ! Une fois dehors, il m'a demandé de regarder en haut. Je l'ai fait croyant que ce sont des blagues. Il m'a demandé ce que j'y vois. J'ai dit que je voyais seulement des nuages et lui de me dire : 'Je ne suis pas Jean ni Jacques (pseudonymes pour désigner ses frères), ainsi donc l'homme change comme des nuages, va-t'en !' ». (Elle a prononcé ces mots avec agressivité, les yeux imbibés des larmes, et avec un ton très lent, pour bien articuler toute la phrase, syllabe par syllabe). Fatiguée, affamée, je lui ai simplement demandé : 'tu veux que j'aille où dans la tombée de la nuit'. 'Même si tu veux, passe la nuit dans la route c'est ton affaire'. C'est comme ça qu'il m'a répondu.

Elle est orientée par autre homme qui vivait avec cet autre respectueux pour aller chez une femme voisine. « *C'est bien elle qui m'a expliqué ce que c'est la vie avec les hommes* » dit-elle. Et en définitive, elles en concluent qu'il n'y a pas de vie dans ce qu'elle appelait VIE. Les propos de la voisine s'inscrivent dans la mémoire de Jeanne comme un garde-fou qui lui a ouvert des yeux. Elle nous les récite intégralement:

C'est une gentille femme, je n'oublierai jamais ce qu'elle m'a dit : le malheur qui nous guette est toujours tout près. Elle change de figure du jour au lendemain. Hier c'était cela. Mais qu'aujourd'hui, sache que ce n'est que le sexe et la mort qui marchent ensemble. Demain, ça sera autre chose. L'idéal serait de rentrer chez toi, et d'arrêter de chercher la vie où il n'y en a pas.

Les propos de cette mère nous font penser à ce qu'avait évoqué Ruffiot (1990, p. 5) autour de la psychologie du sida : « ...voici, notre génération à nouveau confrontée avec le sexe et la mort réunis dans une même épidémie. » Nous nous disons qu'avec le virus du sida, il n'est pas question d'avoir été confronté à une menace de mort lié au génocide ou à la guerre pour que la personne qui vit avec pense à la mort. Le sens anthropologique conféré à cette maladie suffit à altérer les représentations sociales de la population, face à cette maladie. Nous apprenons dès lors qu'une des souffrances psychologiques des personnes qui vivent avec ce virus est de s'imaginer la mort en face. Pour certaines personnes qui ont été accompagnées psychologiquement à ce sujet, elles restent convaincues qu'« *avec le traitement, le sida n'est plus un problème. Le seul problème est de trouver quoi manger et la paix avec le voisinage.* » L'idée qui nous revient est d'explorer exactement ce que c'est le sens de la vie et de la mort une fois que l'on a été

confronté au réel de la mort génocidaire et que l'on vit avec le VIH induit dans ce contexte. Cela fut une idée explorée sur le nouveau terrain. Déjà en évaluant les actions antérieures, les 5 mères interviewées nous apprennent que la vie est une réalité difficile à définir. Nous parcourons ce thème à travers le même cas de Jeanne qui nous l'a communiqué pour la première fois.

3.2.2.4. La vie, une histoire indéfinissable

Devant ce nœud d'afflictions, nous avons voulu explorer à fond ce qui anéantit le plus Jeanne et comment elle se défend. Surtout que depuis le début de notre conversation, elle n'avait jamais abordé la question du VIH et du sida chez elle. Elle est passée loin, a « brodé » tout autour pour n'y arriver qu'après s'y être préparée, selon notre impression, sinon pour nous laisser appréhender ça nous-même. A partir de ce qu'elle avait déjà brodé, nous tentons d'approcher l'ouverture de l'abîme à travers cette question : « Dans tout ça, qu'est ce qui était le plus insupportable ou difficile ? » La réponse est trop gigantesque, il faut l'expertise de l'art d'écouter pour déceler la signification de la vie qu'elle nous donne comme réponse à notre question.

C'était tout à la fois ! La vie ! Je me souvenais que je n'ai pas pu faire des études, que je ne suis pas femme ni fille, que j'ai des enfants sans père, que je mène une vie misérable après la mort de mon père qui nous a laissés dans une maison inachevée. Je me disais alors que je vais chercher la vie : faire des études et terminer, chercher un bon emploi et construire une belle maison à ma mère et après, me marier avec un gentil homme et cela légalement. Et tout a été perdu dans l'eau en passant entre les espacements de mes doigts. En plus de cela, la vie était mauvaise, je ne parvenais même pas à me procurer du savon. Je me demande ce que c'est la vie et je n'en trouvais pas de réponse. Je sentais que je mourrais demain ou après-demain, et ça n'est pas arrivé vite. Finalement, seul le petit commerce de légumes m'a aidée à se restaurer tant bien que mal. La vie m'a été difficile, je ne parvenais pas à dormir, j'étais tellement malade, malade, malade, et ma peau changeait du jour au lendemain. (En insistant), j'ai eu des difficultés dans chaque articulation, je toussais, j'avais des hoquets et les autres croyaient que c'est l'estomac. Mais je n'ai pas eu le courage d'aller me faire soigner, j'avais peur que les médecins me disent que j'ai le sida. Même tous les enfants sont nés à la maison sauf le petit, c'est d'ailleurs lui seul qui a eu la chance de ne pas être contaminé mais celui-ci (Freddy) a un problème (afite ikibazo).

Le sens que Jeanne attribue à la vie rejoint ce que A. Kagame (1955, p. 86) dit sur la vie : « La « vie » en tant qu'entité abstraite, est attribuable à la catégorie métaphysique qui est du même ordre abstrait de substantialité. » Malgré le corps qui commençait à s'affaiblir, Jeanne se battait pour la vie de ses enfants et, en fin de compte, la sienne. Pour la première fois, elle se met à cultiver. Elle nous affirme que c'est elle qui a commencé à vendre les légumes récoltés dans son jardin. Les autres se sont progressivement rapprochés d'elles et ça a fini par devenir un petit marché du quartier. Entre-temps, le corps continu à la trahir, le débordement de pensées et d'émotions, le sentiment d'être habitée par un corps étranger la privaient de temps en temps de place parmi les autres. « Mon cœur ne faisait qu'errer ». La peur, la panique de se faire tester l'envahissait. Elle pressentait déjà la maladie qui minait

peut-être son corps, en suivant de près les nouvelles du père de ses enfants qui l'avait jetée dehors.

[...] Mais j'avais remarqué aussi que le père de mes enfants perdait le poids significativement. Je devenais de plus en plus malade, le matin malade, après-midi bien portante ou l'inverse, je toussais aussi et on pensait que c'est l'estomac. Mon frère m'a conseillé d'aller me faire dépister, vu le genre de personnes que j'ai connus, et ce qui s'est passé encore pour moi pendant la guerre (silence). Quand je pensais à me faire dépister, je fus attaquée par la peur et la panique. Je croyais qu'une fois infectée, je serais directement morte.

« *Umuntu asiga ikimuri inyuma, ntawe usiga ikimuri imbere* », disent les Rwandais. C'est dire que quelqu'un peut bien se distancier de ce qui est derrière lui, et non en lui, du dehors et non du dedans. Cela ne renvoie pas à la logique géométrique et spatiale et évoque plutôt le rapport entre le dedans et le dehors du corps. Le cas devant nous n'a pas pu se passer de ce qui est dans son corps. La journée, cela se cachait dans les travaux, la nuit, en restant éveillée, elle promenait son regard à gauche et à droite, envahie par la peur de la maladie, d'une façon qui dépasse les bornes de l'imagination. En état de sommeil, l'angoisse restait potentielle, ses rêves ne pouvaient se structurer que sur le dépistage et la peur de se découvrir « souillée⁵⁴ ». Cela constituait la menace de tous les jours, une terreur sans nom. Mais en quelque sorte, cela l'a incitée à aller se faire tester.

Détours, pour désigner le VIH/sida :

Ce qui était déjà en moi, c'est ce problème. Ce fléau. Je le pressentais déjà, mais je ne voulais pas entendre que c'est vrai. Mais le cœur me battait constamment: très tôt le matin à l'aube, je me réveillais sur ça, toute la matinée, (kugasusuruko) la pensée me revenait, en pleine journée (ku manywa y'ihangu), pendant que les autres s'apprêtaient pour manger, ... à la tombée de la soirée (ku mugoroba mu kabwibwi), ainsi j'étais prise dans ces pensées, ... je ne pouvais pas m'en passer.

A force d'y penser, j'y rêvais toujours. Un jour j'ai eu des rêves : j'étais en cours du chemin, et j'ai rencontré une femme voisine qui m'a trop observée, car j'avais des éruptions cutanées sur tout le corps et m'a posé la question : 'es- tu infectée par le VIH/sida'? J'avais toujours peur, de ces rêves qui revenaient souvent sur le même thème d'être infectée par le VIH/sida. Finalement avec 2 autres femmes, nous sommes parties à trois, l'une était une cousine paternelle et on avait fait l'école primaire ensemble, les autres ont été dépistées séronégatives, moi infectée. Et les soignants m'ont demandé de stopper d'allaiter mon bébé.

La description que Jeanne fait nous montre l'angoisse que cause cette maladie et qui s'installe même avant le dépistage. À chaque instant de la journée, même en état de

⁵⁴ Là nous faisons une traduction littérale de *Kwandura*. Être souillé comme le dit ce cas. C'est généralement le concept technique qui est d'usage dans le langage familial pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Cependant, plusieurs autres façons de dire sont aussi d'usage. Certaines sont utilisées par l'autre pour attaquer le narcissisme de la personne infectée et pour la stigmatiser. D'autres sont utilisées dans l'objectif d'amortir l'effet du virus sur le psychisme du sujet vivant avec. Nous utilisons souvent ce que les cas qui vivent avec utilisent eux-mêmes : 1). *Ikibazo*, (problème). *Kubana n'ikibazo* (vivre avec le problème VIH/sida) ; 2). *Indwara* (La maladie) ; on entendrait aussi dire, « être comme ceci », ainsi les gens peuvent dire par exemple, « lorsqu'on est comme ça ... ; nous qui sommes malades..., nous qui vivons avec ce problème,...quand on a la maladie....

sommeil, l'angoisse était présente et potentielle. Elle se représentait le résultat positif avant même qu'elle n'aille se faire tester, mais elle ne voulait rester que dans l'illusion. Certains moments de la journée ciblés par Jeanne, comme *ku gasusuruko* ; *ku manwa y'ihangu* ; *ku mugoroba mu kabwibwi*, sont des moments qui procurent normalement du plaisir à tout jeune de son âge, lorsqu'ils se rencontraient aux croisements des chemins campagnards, de retour ou vers la source pour chercher de l'eau ; ou dans la forêt du quartier pour chercher le bois de chauffage ou les balais pour balayer l'enclos. C'étaient les opportunités pour les jeunes de se rencontrer et parler ou faire ce qui les concerne entre jeunes. Pour Jeanne, ces opportunités lui sont dérobées par le destin qui lui a imposé la vie d'adulte précocement. Mère jeune, en plus stigmatisée pour avoir « la maladie ».

Nos pensées restent accrochées sur les capacités psychiques de cette jeune mère qui lutte de la sorte, pour s'affirmer en tant que mère, apte et responsable. « *Comment être mère, jeune et séropositive, qu'est-ce qu'on perd, qu'est-ce qu'on gagne, qu'est-ce qu'on dit, qu'est-ce qu'on garde, et si on s'en passe et que l'on ferme les yeux, ne serait-ce pas une façon de l'ignorer et de continuer sa vie avec ses enfants qui pourront être ses confidents ?* » Telles sont les questions qui faisaient l'objet de la réflexion à haute voix chez Jeanne, chaque fois qu'elle se retrouvait toute seule. Ce sont les thèmes que nous allons aborder ci-dessous.

3.2.2.5. Être jeune et mère séropositive au VIH, en parler... ou oublier ?

Aussitôt qu'elle évoqua le bébé dans ce récit, aussitôt nous tentons encore de poursuivre la « broderie » en structurant la question autour du bébé. « C'est lui ? », demandons-nous. « *Oui, ... mais j'ai d'autres enfants...* (trop de silence avec une apparence pensive) *au moins, ils me sont source de la vie et ma raison d'être. Et... J'oublie où j'en étais...* ». Nous ramenons à sa mémoire où elle en était, puis reprenons le fil de la narration. Un long silence s'intercale encore, elle redevient pensive et transpire encore. Nous nous gardons de la faire avancer, nous attendons que le récit vienne de soi, mais nous déchiffrons en elle une souffrance indescriptible. Est-ce un mécanisme de survie qui se manifeste ? Celui d'oublier, d'ignorer la maladie et de continuer comme si de rien n'était comme ça été l'objet des pensées intrusives pendant un certain temps ? Notre subjectivité alla jusqu'à s'interroger sur son enfance, sa jeunesse, sa maternité, son vécu pendant la guerre et le génocide, la trajectoire de son exil et de son retour à la maison, jusqu'au point de s'aventurer en ville où elle a rencontré « les monsieurs ». C'est une longue trajectoire et le passage des enfants à la maternité avec le VIH nous semble être le nœud de la souffrance.

Notre quotidien de psychologue clinicien nous confronte aux personnes en souffrance (Pardinielli & Fernandez, 2010). Cette dimension s'impose aussi dans le cadre de la recherche qui traite une thématique sensible comme la nôtre. Cela fut un constat immédiat dans les entretiens évaluatifs, chez toutes les patientes qui y ont participé, même si Jeanne nous avait déjà dit qu'elle était habituée à témoigner. Ce phénomène que nous avons d'ailleurs rencontré chez presque toutes les mères et que nous amorçons pour le cas de Jeanne avait pour certaines la même allure que ce que Gishoma (2014) souligne. Notre attention fut retenue par les enjeux dans le démarrage de l'entretien. Certains cas lui ont

témoigné leur peur avant de s'engager. Il y a ceux qui ont dû reporter le rendez-vous à plus de deux reprises. Précisément, les jeunes P36 et P37 ont même décidé de ne pas passer l'entretien.

La peur était tellement importante dans sa voix et dans son regard que nous nous sommes naturellement rangé à son désir d'arrêter l'entretien. (...). Dans le cas de P.36 et d'une deuxième personne (P.37) qui a clairement émis son désir d'arrêter cette expérience trop douloureuse pour elle, il n'y a simplement pas eu de récit. (...). Les entretiens ont eu lieu dans ou près des structures médico-psycho-sociales qui pouvaient aussi prendre le relais chez les personnes manifestant un besoin d'accompagnement à moyen ou long terme (Gishoma, 2014, p. 232).

Ce constat qui n'est pas seulement le nôtre nous impose de réfléchir à la façon de procéder pour amortir le coût du fait de convoquer le passé douloureux. Dans le contexte qui est le nôtre, nous pensons que ce qui fait l'objet de silence, ou de crise, est souvent le centre de gravité de la cassure psychique que la présente recherche-action tente de réparer. Ainsi, de ce constat émane l'idée d'associer l'intervention à la recherche. Cependant, pour ces entretiens évaluatifs, cela n'était pas possible, car notre rencontre ne devait se limiter qu'à cela. Mais nous voulons tirer des leçons de cette interview qui s'inscrit dans la logique évaluative avant d'entreprendre d'autres actions pour une autre population. Ainsi donc nous n'avons fait que gérer ce qui s'est produit à l'instant, avec la proposition de poursuivre les séances d'accompagnement avec leurs thérapeutes ordinaires.

Nous apprenons que la thématique dont nous traitons dans le cadre de cette recherche-action est délicate et que pour l'aborder, il faut que la faille faite lors du recueil des données, soit aussi refermée par après. Il faut donc « gérer l'inattendu » pour ne parler que comme Bertaux (2010, p. 65). Pour se faire, la recherche et l'accompagnement vers la fermeture cicatrisante doivent aller de pair, tout en sachant que la dimension épistémologique entre l'implication et la distanciation s'impose. Entre Jeanne et nous-même, c'est toujours un long silence. Il nous semble qu'elle se remémore son passé, qu'elle arrive au bord du gouffre qu'il est difficile de traverser et qu'elle continue donc à broder tout autour. La voilà qui l'enjambe, passant d'un terrain glissant à un autre plus glissant, pour finalement s'accrocher entre des mains bien enveloppantes.

Ah oui... Voilà... J'ai annoncé ça à ma cousine qui m'a dit avec toute sa compassion : « Ayii wee, ugiye guhita upfa » pour dire, « oh là là, tu vas directement mourir » ! Je me suis retournée vers mon frère, c'est lui d'ailleurs qui m'avait conseillé d'aller me faire tester pendant que je négociais avec mon cœur qui me harcelait à travers les rêves. Qu'est-ce qu'il m'a répondu ? 'Je t'avais dit'. [...]. Par après, j'ai aussi annoncé les résultats à ma mère, elle a fait semblant de m'accepter, mais finalement elle l'a dit aux autres. Directement tout le monde m'a stigmatisée, il m'était interdit d'utiliser la tasse, l'assiette des autres. J'avais les miennes et je ne pouvais pas entrer à la cuisine alors que je suis la seule fille à la maison. On m'a donné ma propre cuisine, je préparais le repas à moi seule. Je ne mangeais que les légumes et la pâte de manioc. [...] même quand j'ai mis au monde, ils n'ont pas été contents. J'ai mis au monde à l'hôpital. À l'époque, MSF payait les soins médicaux pour moi. Mais je ne me suis jamais sentie comme une mère. La famille, les voisins disaient : « Pourquoi lui apporter à manger, alors qu'elle est déjà partante ? Inutile de gaspiller l'argent et l'énergie

pour elle ». Même mes frères, ma mère le disaient et personne n'est venu me voir. Je n'ai pu survivre que par ma marraine et MSF. Une semaine après l'accouchement, l'enfant est tombé malade et j'ai passé tout un mois à l'hôpital. L'enfant a été mis sous oxygène étant encore bébé. ...

De ces propos de Jeanne émane l'intitulé de ce paragraphe qui vient directement de la question qu'elle se posait. Il s'agissait d'une question de regret pour avoir annoncé son statut sérologique : « *Est-ce que je devais leur dire ou me taire ?* » Nous pensons qu'elle évitait d'en parler, pour ne pas revivre les mêmes expériences que celles qu'elle a connues quand elle a raconté ça aux membres de sa famille. Mais aussi, le vécu avec le père de ses enfants et autres « messieurs » semble indescriptible pour Jeanne. Mais Jeanne se voyait encore trop jeune pour supporter tout ça seule. Ainsi elle a commencé par se confier aux personnes confidentes les plus proches. Et voilà que ce sont celles-là, à commencer par sa mère et ses frères, qui l'ont mis mise en quarantaine et qui prévoyaient déjà sa mort imminente. À ce propos, citons Hefez Serge et Vallée Denis (1999, p. 148) :

La confrontation à la maladie chronique et à la mort amène toute famille à réorganiser ses structures en augmentant la cohésion de ses membres ou, au contraire, en réactivant les conflits les plus anciens ; le sida provoque souvent un chaos fonctionnel suscitant une remise en question fondamentale de toute la structure opérationnelle familiale, une situation de déséquilibre qui oblige à considérer le rôle et les fonctions de chacun.

On a toujours dit que la vache qui met bas, lèche son petit veau, même s'il est pourri « *Ibyaye ikiboze irakirigata* ». Le dicton rwandais ne veut souligner que l'affection de la mère envers son enfant, qu'importe son état. Cette affection ne devrait mettre aucune distance, selon le dicton. Entre Jeanne et sa mère, c'est le contraire de ce que prêche la culture à travers ce dicton. La façon dont elle fut traitée par la famille pendant la maternité met en question la valeur d'une mère, au même degré que la façon assez semblable à celle dont elle fut traitée par la chaîne des « Messieurs » qui ont abusé d'elle. En outre, Jeanne, à son âge, ne se percevait pas comme mère, elle n'était pas préparée psychologiquement. Malgré tout ça, ses enfants restent pour elle la source de la vie ; elle a pu, trouver en elle-même ou puiser chez sa cousine, marraine, MSF et chez certains soignants qui ont pu jouer le rôle substitutif de la mère, la force d'acquiescer et de maintenir le statut de mère qu'elle était déjà sans y être préparée. Parmi tous ces piliers qui restaurent l'énergie psychique, voyons celui de l'enfant, considéré comme la source de la vie.

3.2.2.6. *Enfant, source de vie*

Au niveau de la famille, cette jeune femme avait encore ses deux frères et sa mère, comme nous venons de le voir ci-dessus. Dans son récit, nous apprenons qu'elle a deux enfants. Il y a aussi ceux qui sont décédés. Toute tentative d'explorer la composition de la famille restreinte enfonce Jeanne dans un silence, où elle reste pensive et attristée, comme en témoignent ses soupirs. Quand elle commence à organiser un récit, elle devient pensive, perd le fil : « *J'oublie encore où j'en étais* ». Nous avons entendu cette courte phrase plusieurs fois dans son récit. Nous pensons que cet état est lié à la façon dont elle a eu ces enfants. Sentiment déjà amorcé dans les propos repris plus haut, quand, sans en faire

aucune description, elle nous a avoué que, malgré la précarité dans laquelle elle vivait, elle se sentait toute seule en présence des autres. La source de la vie et la seule raison d'être, elle ne les trouvait et ne les trouve encore que dans ses enfants. À ce point, reprenons ces propos :

Ma mère était là, même mes frères. Ils m'ont isolée, m'ont laissé manger seule, avoir ma tasse, mon assiette, ma marmite. Je ne me suis pas isolée, mais j'ai été isolée, et je suis restée seule alors que les autres étaient là. Avec ça, où réside la vie ? Est-ce que c'est la vie ? Seuls mes enfants sont pour moi une source de vie ; quand ils criaient, je devais les consoler, quand ils réclamaient la nourriture alors qu'il n'y avait rien dans la maison, ... que je n'avais même pas la force d'aller chercher... je devais trouver absolument la solution. Qu'importe la peine, la douleur que j'ai éprouvée, sans eux, je ne sais même pas si je pourrais sortir de la maison.

Malgré ce que Jeanne a enduré, elle se bat pour la vie, pour acquérir le statut de mère et ainsi vivre en occupant une place qui lui est propre. Il nous semble qu'elle cherche aussi une place pour ses enfants. Rejetée par sa mère et par ses frères, par le fait d'avoir le VIH/sida, ses enfants non plus n'étaient jamais les bienvenus. Non seulement rejetés par le fait d'avoir le VIH, ils sont en outre identifiés à leur mère qui les a mis au monde hors mariage, ce qui est mal perçu culturellement. C'est Jeanne seule, assistée par les autres personnes qui se sont proposées d'être pour elle une famille en périphérie, qui doit combler tous ces vides : se suffire et chercher le nécessaire pour ses enfants. Avec ce mode de vie, le malaise s'installe, le corps a des réactions imprévisibles et elle n'en peut plus. Le secteur sanitaire joue dès lors un rôle double. En plus des soins médicaux, c'est aussi « *une autre famille, loin de la famille* ». C'est là que Jeanne a pu s'abriter des effets du « mal » et puiser l'énergie pour refaire la vie.

Jeanne, en luttant pour la vie de ses enfants, a endossé des responsabilités, pour pouvoir se mettre en mouvement, se sentir utile et ainsi accorder une famille à ses enfants. Mais on remarque qu'elle n'a pas pu tenir avant de trouver une autre famille périphérique (Uwineza, et Brackelaire, 2012). Cette dernière s'est créée au niveau du secteur santé. Encore une fois, cette réalité fait entrevoir le genre de dispositifs qui allaient se mettre en place auprès des mères dont la plupart n'ont plus de famille. Nous appréhendons ici comment cette famille en périphérie qui s'est créée dans le secteur santé a contribué à retirer le mal du corps et le malaise de l'esprit.

3.2.2.7. *Le mal sur et dans le corps, le malaise dans l'esprit*

Le cas de Jeanne atteste que la maladie et la façon dont elle fut traitée par sa famille l'ont mise dans un état qu'elle ne sait pas décrire. Elle essaie de trouver une description globalisante, qualifiant la maladie, la façon dont elle l'a eue et ses symptômes, comme « le mal ». Son ressenti est qualifié comme le malaise qui bouleverse le corps et l'esprit. Elle nous avoue que personne ne peut se retirer dans un tel état, « *qui coalise le ciel et la terre pour se retourner contre la personne* » souligne-t-elle, si ce n'est avec l'aide d'un voisinage soutenant. Le plus proche, sans considération géographique, n'est rien d'autre que la famille. Pour elle, le voisinage qui a su remplir la mission de soutenance n'a pas été la famille. Au contraire, cette dernière l'a mise en quarantaine. Elle l'a stigmatisée, elle ne

l'a acceptée qu'après un travail de soutien par une institution, dont le personnel a su proposer ce que la famille aurait dû offrir. Elle est enchantée d'en donner les détails.

Le centre de santé de K m'a suivi de près. Finalement j'ai eu les éruptions cutanées dont j'avais rêvé. J'avais des démangeaisons et le seul souhait que j'avais pour me soulager était de pouvoir me tremper dans l'eau chaude. Le personnel de ce centre, et un Blanc qui travaillait pour MSF, étaient comme mes parents... J'étais été hospitalisée là-bas à K et tous les médecins passaient m'observer, même les blancs venaient me voir et chacun appelait l'autre. Cela me faisait penser aussi que peut-être mon cas était très délicat. Je ne sais pas comme te le dire, le mal progressait dans mon corps, en fait,...on ne peut pas brûler la maison et garder la fumée en cachette (ntawatwika inzu ngo ahishe umwotsi). Je me dis que l'intérieur du corps était plein. Et ça a débordé à l'extérieur. Je me sentais mal, mal, très mal. Une sorte d'indisposition, de haine pour moi et pour l'autre s'est installée en moi, je dirais que j'avais honte de moi, je ne voulais pas me regarder. En fait comment te le dire ? C'est le malaise qui t'envahit l'esprit, les choses que tu ne peux pas expliquer. Toi-même qui vis avec, tu n'y comprends rien. Les choses viennent, coulent en toi comme ces nuages que cet homme m'a fait voir ! À ce stade on rend son âme à Dieu.

De ces propos de Jeanne, Renders (1991) dirait que le symptôme bouge, qu'il bouscule, qu'il étonne et qu'il qu'dérange. Il soulignerait qu'il se raidit, qu'il s'accroît, qu'il se fissure ou diminue sans crier gare. Relater comment le malaise s'est installé en elle, avec un « Je » ne lui ai été possible qu'en partie. Elle finit par se distancier. Le « Je » fut inversé en « Tu », non pas pour parler à la place du « moi-écouté », mais pour une « prise de distance méta énonciative » (Coursil et Giot, 2003), pour pouvoir parler de soi sans y être engloutie, avons-nous l'impression. Un des aspects psychologiques soulignés est la croyance accentuée en Dieu. Disons qu'à ce stade le sujet s'abandonne en lui comme nous le voyons clairement dans les propos cités ci-dessus. Nous approfondirons ce phénomène psychique dans la nouvelle population qui fut l'objet à proprement parler de notre recherche-action. Autour du mal qui ronge le corps de Jeanne et le malaise qui pèse lourdement dans son esprit, certaines stratégies ont été mises en place. Par le récit, Jeanne avait recours à la stratégie de distanciation que l'on peut facilement confondre avec l'inversion du rôle. Comme chez toute personne qui rencontre un bouleversement, le psychisme s'organise pour ne pas se laisser anéantir (Roisin, 2010) ; la nouvelle bouleversante que Jeanne a apprise lors de l'annonce de sa contamination par le VIH a mis en échec ses défenses. Et le corps, et la psyché, l'intégralité de Jeanne fut atteinte. Amorçons la stratégie de dissociation.

3.2.2.8. L'annonce : échec du déni, dissociation momentanée

Dans le même ordre d'idée quant au mal et au malaise, pendant qu'elle décrit son vécu à cette période symptomatique de l'évolution de la maladie, notre attention fut alertée et nous avons tenté d'explorer aussi les retentissements psychiques qui suivent immédiatement l'annonce. Elle avait tenté d'en parler tout au début de l'entretien et elle s'est arrêtée avant même de commencer. Maintenant, nous glissons une question pour tenter de faire retour sur cette question ; elle s'engage, mais l'inconfort se réinstalle. Elle prend cependant courage :

Après avoir appris que je suis infectée,... (Elle leva les yeux regarda en haut un moment). *Après avoir appris que je suis infectée, j'ai senti que ma conscience n'est plus sur terre. Elle est partie loin de moi, de son retour, je ne voulais même pas rencontrer les gens. Quand je trouvais une personne qui me connaît, je déviais du chemin pour qu'elle passe sans me voir. Je me détestais, je ne pouvais même pas m'entretenir, parce que je savais que la mort m'était proche et que peu de jours qui me restaient, je serais toujours objet de stigmatisation et je ne me suis pas trompée.*

Elle poursuit en disant qu'elle s'y attendait, qu'« *après l'expérience de viol connue pendant la guerre et la vie d'après* », elle en avait eu une appréhension dans les rêves, et finalement ses rêves furent réalité quand on lui annonça les résultats. Quand le réel que contient ces résultats s'est présenté, le déni, qui souvent est directement mis en place pour que le psychisme se prépare (Ionescu, Jacquet, & Lhote, 2003) a échoué. Il a fallu une dissociation, un voyage d'une partie de soi pour ne revenir qu'après que l'objet dévastateur s'est trouvé une place. Cependant l'écho traumatique de l'annonce peut persister jusqu'à un temps que l'on ne peut pas préciser. En écoutant Jeanne, persuadée qu'elle a intégré son statut, nous remarquons à travers différents passages de son témoignage que l'écho de la prise de connaissance du statut sérologique positif reste potentiellement opérant. Nous le percevons déjà dans son silence, dans son état pensif, comme si la terreur de la menace de mort (Hirsch, 1994) se réinstallait. C'est « *un état qui passe, qui revient, qui passe qui revient, malgré que l'on le chasse* », dit Jeanne. Pour y faire face, la personne vivant avec le VIH cherche un secours chez son semblable. L'autre, mais l'autre comme elle/lui. C'est ce que nous poursuivons dans le thème qui suit. Ce peut être en groupe restreint, mais pour Jeanne le premier pas l'a orientée vers une seule personne.

3.2.2.9. « L'autre, mais l'autre comme moi »

La personne humaine a besoin d'un confident à qui confier ses sentiments intimes, de joie ou de tristesse. Spécifiquement pour les personnes vivant avec le VIH/sida, Jeanne nous apprend qu'ils ne cherchent à se confier qu'à ceux qui ont le même problème en commun. Nous l'avions déjà remarqué dans les cliniques de WE-ACTx, avant même la mise en place des groupes de soutien. Par sa particularité d'intégrer les « *peer advocates* » dans le corps professionnel, les patients les cherchaient après leurs rendez-vous, pour parler de ce qui les concernaient. Écoutons Jeanne :

Quand l'esprit m'est revenu, il m'a manqué d'espace. La maison devient trop vaste, même si d'habitude elle est une hutte. Je me sentais seule, seule alors que tout le monde était là. Je me disais : Mon Dieu, qu'est qui m'arrive ? (...). D'habitude, il y a ceux qui se cachent. Il y en a même ceux qui se suicident. Mais moi, la seule chose dont j'avais besoin, c'est l'autre. J'avais tellement besoin d'être avec l'autre, mais l'autre comme moi. (...) Dans notre quartier, y avait une femme qui s'appelait H.F, on disait d'elle qu'elle était aussi infectée. Je l'ai cherchée partout. Je me disais que si jamais je trouve une femme comme moi, une femme infectée, je lui dirais tout, pour me sentir à l'aise avec elle. Finalement, je l'ai rencontrée, elle a pris le temps de m'écouter, c'est elle qui me rend, visite, c'est d'ailleurs elle qui a été

ma marraine⁵⁵ quand j'ai commencé les médicaments... À la maison, quand je me sentais triste, j'allais directement chez elle et je lui racontais tout, je pouvais pleurer chez elle, et je rentrais reposée. Il s'est fait que une autre femme a su que j'étais infectée, et a conseillé à ma famille de ne plus me stigmatiser. Ainsi, ils ont cessé. (...). Chaque fois que je me rendais au centre de santé, il y avait quelqu'un qui s'occupait de moi, je voyais d'autres personnes infectées mais qui, apparemment, étaient en bonne santé, très propres, et le moral se restaurait petit à petit. Ils me témoignaient qu'ils ont commencé le traitement étant trop malades, avec peu de poids, il y avait même une femme qui m'a dit qu'elle a pesé 20 Kg et qu'elle a commencé le traitement avec 5 CD4 seulement. (...) Sincèrement tout le monde à l'hôpital avait pitié de moi, chacun se rendait compte que je souffre d'«Ihahamuka » à cause de la maladie. Par le support de MSF qui payait tous les soins médicaux pour moi, on me donnait aussi un peu d'argent. Je pouvais ainsi me procurer de la nourriture dans la cantine tout près, et je me reposais et ne rentrais qu'au coucher du soleil.

Déjà les propos de Jeanne, que nous avons rencontrée en premier lieu pour nos entretiens évaluatifs, nous ont confortée dans notre projet de mettre en place de nouvelles actions, et notamment un dispositif groupal pour que les personnes puissent trouver cet autre, et surtout un autre semblable. Même avant, à l'hôpital neuropsychiatrique, le besoin d'être avec un autre qui a le même problème, avait été soulevé par le petit MD quand il se voyait seul parmi une cinquantaine d'autres patients dans son unité de soin. Simplement parce que ceux avec qui il se rassemblait autour d'un « *petit médicament (agati)* »⁵⁶ étaient sortis de l'hôpital (Uwineza, 2008a). Jeanne, longtemps enrôlée dans le centre de santé qui se trouve en retrait de la ville, reconnaît l'effort de tous les membres de l'équipe soignante qui lui ont accordé une sorte de domicile à la clinique. Elle pouvait y trouver un endroit pour se reposer et ne rentrer chez elle qu'au coucher du soleil. Elle avoue qu'elle se sentait psychologiquement entourée. Mais que rien ne peut égaler le travail qui s'est opéré depuis qu'elle fut intégrée dans les groupes de soutiens de WE-ACTx. Avant d'y aller, elle avait connu ce centre apprécié. On avait beau la soigner ici aussi, Jeanne n'y croyait pas:

Je me disais qu'ils plaisaient, pour tout ce qu'ils me racontent. Leur connaissance sur cette maladie, me disais-je, ne repose que sur ce qu'ils ont lu dans des ouvrages. Pour moi, celui qui s'y connaît mieux, c'est celui qui a vécu cette maladie. [...] Les médecins eux-mêmes m'ont vu déprimée. Ils prenaient leur temps pour m'expliquer qu'avec les médicaments, je vivrais, et que l'enfant vivrait. Un jour, un médecin m'a fait entrer dans un local. Il m'a amené une autre fille qui était apparemment jeune. Celle-ci est venue dialoguer avec moi. Nous avons échangé. Elle avait aussi le sida ; elle a un enfant, elle n'a pas peur, elle est bien portante. En l'observant, [...] je me demandais comment j'y arriverais. Même si les tracas ne manquent pas, je n'ai accédé que quand j'ai commencé en me réunir avec les autres qui sont

⁵⁵ Avant de commencer le traitement antirétroviral, l'équipe médicale commence par se rassurer, pour savoir si le sujet va adhérer. C'est pourquoi, il y a quelques séances de 'counselling' dit pré-ARV où le sujet vient avec la personne qui va le stimuler, en cas de difficultés à prendre les médicaments. C'est dans ce même contexte que Jeanne évoque la marraine. Cette dernière accompagne la personne vivant avec le VIH/SIDA pour la psychoéducation qui commence le début du traitement anti rétroviral. Elle peut être un des membres de la famille, un ami proche vivant ou non avec le VIH. Cependant, elle a dans ses responsabilités de l'accompagner et de la stimuler pour pouvoir adhérer au traitement.

⁵⁶ *Agati* (petit médicament) est le diminutif d'*Umuti* (médicament). Ce concept entre dans les façons de dire des personnes qui consomment et/abusent de substances psychoactives, pour désigner le produit qu'ils consomment pour « s'émerveiller » ou s'« anesthésier » comme ils le disent.

comme moi. Nous cautions, nous faisons des bonnes choses dans des perles que tu as vu là en bas, nous mangeons ensemble, nous rigolons, nous parlons et on se rend même pas compte que les heures avancent. Ainsi, le soleil se couche et l'autre jour s'élève et on remercie le Bon Dieu.

Ces propos soulignent l'importance d'être ensemble pour se soutenir mutuellement, surtout quand on a le problème (Godard, 2010 ; Munyandamutsa, 2014⁵⁷). Nous avons constaté qu'il s'agit d'un phénomène qui se crée par la volonté des membres et chaque membre reste attentif à ses capacités créatrices. Cependant, quand, vers la fin de ces propos, Jeanne signale que le temps passe sans s'en rendre compte, on pourrait aussi penser qu'il s'agit d'un moment de refuge, où l'on ne mène que la vie de l'ici et maintenant et que l'on ne survit que par chance. Nous apprenons ainsi que, pour les prochains groupes, il va nous falloir faire attention à une telle conception : comment faire pour que le travail en groupe soit créateur de la part de chacun, lui soit bénéfique pour qu'il puisse avoir un autre versant de la vie? Telle fut la question qui nous est restée en esprit pour les groupes suivants.

La dimension rétrécissant existentiellement la vision de la vie serait-elle la raison qui fait que la plupart des personnes qui vivent avec le VIH, une fois qu'elles l'apprennent, ou quand elles en arrivent à un certain stade de l'évolution, rendent leur âme à l'au-delà. Nous amorçons très brièvement cette question de la vie, de la mort et de l'au-delà qui est mise en évidence dans les propos de Jeanne avec l'idée de l'approfondir dans la nouvelle population qui fait l'objet de la recherche proprement dite.

3.2.2.10. La vie, la mort et l'au-delà

La question de la vie et de la mort, et celle d'au-delà, sont des préoccupations de toutes les sociétés, d'une culture à l'autre. La conception de ces trois moments, chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA, mérite d'être l'objet d'une réflexion approfondie. Nous leur avons réservé quelques pages lors du traitement des données recueillies auprès de la nouvelle population, autre que celle-ci qui n'est choisie qu'à titre informatif. Jeanne parle de sa lutte pour attraper la vie. Avec la maladie, elle souligne qu'à un certain stade on rend l'âme à qui elle appartient. C'est-à-dire *Imana*. Serait-ce pour rester en vie, qu'on imaginerait de mettre fin à la vie pour aller dans l'au-delà où Il siège ? Ou encore parce que c'est Lui qui peut être présent dans le contexte qui fait tourner le dos aux proches, comme celui que décrit Jeanne dans les propos qui suivent.

Avant de commencer les médicaments, le centre de santé de K m'a donné un transfert pour aller me faire soigner au CHUK⁵⁸. J'avais une mauvaise apparence, les plaies sur tout le corps, surtout autour de la bouche même dans le visage. Je ne condamne pas toute personne qui m'a isolée. Moi-même quand je me regardais, je me haïssais. Aucun chauffeur de bus ne m'a permis d'entrer dans son véhicule alors que je ne connaissais même pas où se trouve cet hôpital. Je me suis mise à l'écart, et un homme envoyé par Dieu je crois s'est approché de

⁵⁷ Lors de l'entretien avec les journalistes de la RTBF, à l'occasion du 20^{ème} anniversaire de commémoration du génocide perpétré contre les Tutsi.

⁵⁸ Centre Hospitalier Universitaire de Kigali.

moi. C'est ce que je me dis car personne d'autre ne pouvait avoir pitié de moi. Et avec raison. Il m'a demandé ce qui ne va pas. Je lui ai expliqué que toute véhicule qui passe, son chauffeur refuse de me transporter au CHUK et que je me sens soucieuse car je ne connais pas l'endroit. Il a arrêté un véhicule et a demandé au chauffeur de m'amener jusqu'au CHUK. Malgré que j'affiche cette image extérieure, mais intérieurement je n'avais aucune douleur. Je pouvais même manger, j'avais encore de l'appétit, je pouvais marcher, mais j'étais vraiment sale, il m'arrivait même de penser que j'allais mourir. D'ailleurs j'avais rendu mon âme à Dieu. Pour que, s'il me prête la vie pour mes enfants, qu'il m'épargne la douleur. Sinon, pour qu'il me laisse partir...

À la question qui voulait explorer les raisons qui la poussaient à associer la vie avec le VIH/sida à la mort et l'accentuation de la foi en Dieu, Jeanne apporte d'autres éléments qui résument son vécu avec le VIH/sida et la prise de connaissance que son enfant est aussi infecté. Le récit se poursuit, mais le silence s'intercale quand elle va aborder comment elle a su que son enfant est aussi infecté.

C'est parce qu'on disait qu'une personne... Je ne savais pas grand-chose à propos du VIH/SIDA, mais je l'ai entendu pour la première fois quand j'ai mis au monde. (Diminution de la tonalité de la voix) on disait que la personne infectée de cette maladie peut facilement mourir. Ainsi, je me suis que dis je dois m'abandonner à Dieu. Parce que je pensais que c'est une punition de Dieu. Ainsi je voulais me purifier pour que je sois en bonne entente avec Dieu. [...]. Pour en échapper, je me suis abandonnée en Dieu. Je me suis dirigée dans des mouvements de prière. Je priais beaucoup. [...] (Silence). Celui-ci.... C'est Dieu qui m'a aidée pour me rendre compte de son problème (Ikibazo, pour dire le VIH). J'ai su son problème plus tard quand j'avais mis au monde un autre. (...). J'ai raté maintes fois le rendez-vous de dépistage. Ce n'est que quand on est venu faire le dépistage dans le quartier, et finalement on a dépisté cet enfant, et les résultats ont été positifs.

L'enfant fut directement intégré dans ce centre de santé, et la marraine m'a conseillé de me faire soigner dans le même centre de santé que mon enfant pour ne pas aller à des endroits différents à chaque rendez-vous. La prise de connaissance que mon enfant est malade ? C'est une autre histoire. On s'oublie vite, on tourne immédiatement à lui. (...). J'étais très déprimée, je dirais même très traumatisée⁵⁹, j'ai dû même arrêter les médicaments. Heureusement que les médecins m'ont beaucoup aidée, sinon, je ne voulais vraiment pas prendre les médicaments, car pour moi, me paraissait la même chose, la vie n'était plus la vie, la mort, ne venait pas vite, ça ne faisait que me fatiguer, mais ils insistaient. Il m'arrivait de ne pas retourner en chercher d'autres, ou quand j'en étais fatiguée, ils venaient même me rendre visite et m'expliquer que ce n'est pas bon. Je leur ai dit que ça me fatigue de venir au soleil et rentrer au soleil. Ils m'ont permis de rester et me donnaient un endroit où je peux me coucher pour attendre que l'ardeur du soleil s'atténue. Ils ont dû me créer une famille à la clinique. [...]

Pour ce cas, un des moyens que le sujet infecté par le VIH/sida met en place pour « retrouver la vie » est de se rendre à Dieu. Il nous semble que la dégradation progressive des différentes facultés de la vie, la détérioration du corps, la distance imposée par les

⁵⁹ Au Rwanda, le concept de traumatisme psychique semble se créer une place dans le dictionnaire de Kinyarwanda. Il est utilisé à tort et à travers pour désigner toute souffrance psychologique. Ici nous reprenons les propos de la participante telle qu'elle nous les confiés.

proches, contribuent à renverser le sens de la vie chez la personne. Ce qui était digne de confiance, qui pouvait contribuer à l'aider de trouver une signification à la vie ne paraît plus crédible, ni opérant (van't Spijker-Niemi, 2011). Nous avons l'impression que rendre son âme à Dieu est, d'une part, une errance psychique, non pas au sens d'un échec de la construction de lien (Douville, 2010) mais comme une tentative pour en chercher au sens de cet adage rwandais « *Uhiriye munzu ntaho adapfunda imitwe*⁶⁰ » et, d'autre part, un refuge et une recherche d'appartenance fidèle. Pour certains patients, ce peut aussi être un épisode dépressif qui fait que la personne se détache progressivement de certaines responsabilités, même de celles qui sont impératives pour la vie. Par exemple, pour le cas de Jeanne, les soins médicaux ne sont observés que grâce à l'effort des soignants qui insistent pour qu'elle s'y engage. Ils ont dû dresser un cadre particulier pour elle : lui accorder « *une autre famille à la clinique* », nous a-t-elle dit.

De ce cas de Jeanne, nous avons appris qu'il est plusieurs sources vers lesquelles les personnes vivant avec le VIH se tournent pour retrouver le goût de la vie. En plus de la consécration de la vie à *Imana* à un certain stade d'avancement, l'autre personne au singulier, la marraine par exemple, est une des sources, sans oublier l'effort particulier des soignants. Ces derniers qui ne se lassent pas de donner des encouragements, jusqu'au point d'effectuer des visites à domicile une fois que la personne n'est plus régulière. Une observation que Jeanne a soulignée et qui a capté notre attention, c'est que l'équipe soignante a considéré ses particularités et est allée jusqu'à lui créer un substitut de domicile à la clinique. Tout cela nous montre les parcours atypiques que la personne vivant avec le VIH traverse avant d'intégrer son statut sérologique positif. Nous allons aborder le thème de groupe, une autre source de reconstruction que Jeanne nous a confiée avant de passer au deuxième cas de figure.

3.2.3. Groupe lieu de reconstruction de l'estime de soi

Le parcours de Jeanne a été pénible. Pendant les premiers jours dans le système de soins, elle était entourée par l'équipe soignante. Comme elle était stigmatisée par le reste de sa famille, elle a été prise en charge, en raison de son état de besoin, par MSF-Belgique. C'est seulement au départ de ce dernier qu'elle fut introduite dans la clinique de WE-ACTx à cause de sa particularité d'offrir des groupes de soutiens fonctionnels introduits dans l'ensemble des soins. Elle avoue qu'à cause de sa maladie les proches la voyaient comme déjà morte. Selon ses propos, ce n'est réellement qu'après son intégration dans le groupe de soutien, qu'elle a pu dépasser la détresse que cela lui causé. :

... Arrivée dans le groupe, j'ai commencé à voir que tout est possible. Il y avait d'autres mères qui avaient connu pire que moi. Et moi-même j'ai pris courage et j'ai appris à avoir confiance en moi. Je me suis dit, pourquoi elle et pas moi ? Comme l'autre là, l'infirmière du centre de santé de K... qui m'a donné son témoignage. (...) En fait cet enfant a été intégré

⁶⁰ Littéralement « Celui qui est pris entre les flammes à l'intérieur de la maison court dans tous les sens ». Pour dire que celui/celle qui est dans le besoin prend son bien où il (elle) le trouve.

dans la clinique de WE-ACTx. Et la marraine m'a conseillé aussi de demander le transfert pour que je puisse être suivie dans le même centre de santé que mon fils. Comme je n'avais rien comme vêtement, on aurait dit vraiment un pauvre de la campagne, on pouvait facilement me confondre avec une personne folle. Une des infirmières a raconté mon histoire à un conseiller venant de WE-ACTx qui animait le groupe ici une fois par mois. Ainsi j'ai commencé par dialoguer individuellement avec elle, après elle m'a intégrée dans le groupe. Plus tard le groupe a trouvé du travail ensemble, ainsi j'ai repris des forces petit à petit et pour le moment je ne vis que dans la joie grâce à notre groupe. Grâce ce groupe, j'ai oublié tout ce que les gens m'ont fait. Mai... (Silence). Même les membres du groupe le savent très bien, on ne peut m'irriter en aucun cas. Quand il y a quelqu'un qui tente, tout revient immédiatement.

Les propos de Jeanne témoignent de la force qu'elle a tirée du groupe de soutien. C'est de là qu'elle a dissipé la stigmatisation qui pesait sur elle, au sein de sa propre famille. C'est du groupe qu'elle a tiré la force de dominer son inertie psychique qui s'était accentuée avec l'évolution de la maladie (Bouchet, 1990). Dans les premiers jours de sa maladie, quand les autres membres de sa famille la mettaient à l'écart, elle rejoignait sa marraine, puis, par la suite, son groupe de soutien. Elle s'appuyait sur ses enfants : grâce à eux et pour eux, elle s'occupait activement des travaux ménagers. Ce qui la rendait réellement en mouvement, en réflexion, en douleur suite aux échecs et en joie suites aux succès, tout cela, pour le bien-être de ses enfants et par conséquent son propre bien-être. C'est ça qui contredisait les dires de sa famille qui la voyait mourante. Elle s'est désormais crue utile et a sa place au sein du groupe. Elle en est venue à relativiser ses problèmes. « *Tout le monde a des problèmes, tu sais, j'ai accouché à l'hôpital, j'ai actuellement 3 enfants. Je ne me suis vraiment sentie comme une mère que lorsque j'ai été intégrée dans le groupe de soutien.* » Un de ses trois enfants, lui aussi infecté, a rejoint le groupe des enfants. Et sa mère de dire : « *la vie est revenue en nous* ».

Elle a même commencé à faire un petit commerce de légumes par lequel elle vit et fait vivre ses enfants. C'est au point que l'on peut dire que Jeanne est bien portante physiquement et psychologiquement, elle a sa place au soleil. Avant de clore l'interview avec elle, nous l'avons remerciée pour tout ce qu'elle nous a appris. Et nous avons voulu approfondir l'importance de ces groupes et pour elle et pour l'impact que ça a eu pour sa famille. « *Qu'en est-il de son effet dans ta relation avec les autres ?* »

Après avoir repris confiance en moi-même, je ne m'isolais plus, tout ce que les gens disaient ne m'affectait plus. Les leçons apprises en groupe, je les expliquais aux membres de la famille. Voire même dans l'environnement, je participais aux réunions communautaires, je donnais mes idées, et les voisins ont eu confiance en moi et m'ont élue à plusieurs niveaux: je suis chargée des informations dans notre umudugududu (village). Depuis lors, j'encourage les autres à se faire dépister, j'ai pu témoigner par ma propre volonté et les autres en prennent une leçon.

Et la jeune mère de répéter en définitive : « la vie est revenue ».

Avant de se dire au revoir, nous explorons la connaissance dont l'enfant dispose de son statut sérologique au VIH. « *Je te remercie encore une fois, mais j'aimerais te poser une autre petite question en rapport avec ton fils. Est-ce qu'il connaît son statut sérologique ?* »

Et Jeanne dit « *Non.* » Là, nous apprenons que l'enfant n'a jamais eu la capacité de fixer l'information en rapport avec le VIH/sida, bien que sa mère ne lui ait jamais caché la réalité, réalité à laquelle il a accédé étant encore trop petit.

Après l'analyse approfondie de la retranscription des propos de Jeanne, nous avons eu quelques autres observations que nous présentons d'une façon synthétique. En bref, Jeanne attribue la perte de son père à la perte de la réussite de sa vie. « *La mort de mon père a été source de malheur, elle a brisé le cours de mes études, me condamnant à n'être ni femme ni fille, avec des enfants sans père.* » Ses grands-frères ne sont pas assez visibles dans la vie familiale. Elle signale seulement leur existence, mais ne montre pas leur rôle en tant qu'aînés. Elle a quand même évoqué l'un de ces deux frères comme quelqu'un qui l'a encouragée à se faire tester. Mais alors, il fut aussi compté parmi les personnes qui l'ont stigmatisée après l'annonce des résultats positifs. Une tierce personne hors de la famille lui a été très utile en jouant le rôle de médiatrice entre la patiente et la famille proche, surtout au sujet de la stigmatisation. Ceci confirme les proverbes rwandais « *inshuti nziza ikurutira umuvandimwe*⁶¹, *inshuti ni ikugoboka mu byago*⁶² » « C'est grâce à l'autre-individu et l'autre-groupe qu'elle a pu surmonter les effets de la stigmatisation et refaire sa propre vie. On apprend, par ce biais, que le dispositif à mettre en place devra également compter sur la famille, pour une plus grande efficacité.

En ce qui concerne le contexte dans lequel Jeanne fut infectée, elle n'en a aucune idée. Lors des relations qu'elle a eues avec « le monsieur respectueux » ? Durant le viol pendant la guerre ? Jeanne ne sait pas à quelle occasion précise elle fut infectée. Elle n'en parle pas, elle y fait allusion en disant : « *les choses qu'on m'a faites pendant la guerre, et la vie d'après... avec le monsieur respectueux...* » Avant les soins, Jeanne assimilait le virus du SIDA au spectre d'une mort imminente.

En tout état de cause, le système de soins intégrés lui a été bénéfique. Les groupes de soutien, particulièrement, ont été pour elle une famille sociale et lui ont permis une ouverture dans la communauté. Ce processus de réinsertion lui a procuré l'énergie psychique nécessaire pour pouvoir adhérer à la médication à vie.

Pour clôturer sur ce cas, son histoire telle qu'elle est narrée nous paraît discontinue. Des moments obscurs s'intercalent. Cependant, le récit disponible est fluide. Pour certains passages du récit, ceux qui sont déjà cicatrisés, pensons-nous, la fluidité du récit est possible. C'est surtout ceux qui font mal qui bloquent la narration. Il est remarquable que le VIH ait été le centre de gravité sur lequel s'articule son récit. Puis elle brouille la vision pour toute autre dimension de la vie. Elle ne brouille pas seulement la vie du porteur, mais aussi la vision des tiers à son égard. En outre l'âge qu'elle avait, âge qu'elle précise comme étant de non-clairvoyance : « *ma clairvoyance était obstruée* », pouvait aussi être une des raisons qui ont fait que Jeanne ne s'est jamais sentie mère. Avec tout le bonheur que l'enfant apporte en famille (Bigirumwami, 2004), Jeanne s'est battue toute seule pour se

⁶¹ « Un(e)vrai(e) ami(e) est mieux placé(e) qu'un minable frère » ou encore « Un ami sûr (une amie sûre) vaut mieux qu'un piètre frère (une piètre sœur) »

⁶² « Un(e) vrai(e) ami(e) est bien celui/celle qui est présent(e) dans les épreuves de la vie. »

trouver une autre famille hors de la famille ordinaire. Visiblement, ce sont les enfants qui lui ont rendu le sens de la vie, ainsi, parce qu'elle s'est battue pour les faire vivre.

L'implantation du VIH/sida dans une famille est un événement qui modifie radicalement la structure du système familial. La famille unie par les liens de sang peut facilement se délier, comme nous le remarquons à travers l'expérience de Jeanne. Une autre peut se recréer sur de l'amour, ou simplement par l'amitié qui impose à l'un ou l'autre de prendre la responsabilité de s'occuper du membre-malade.

Sur ce cas de Jeanne qui englobe à la fois le statut de mère, d'adolescente, nous avons décidé d'approfondir nos analyses avec le souci d'explorer au maximum les thèmes qui pourront nous servir lors de la mise en place de nouvelles actions. Pour les autres cas, il nous semble que les thèmes sont les mêmes, malgré les parcours individuels différents. Nous ne soulignerons que les nouveaux thèmes, ceux que nous n'avons pas pu trouver dans la situation de Jeanne. Ceux qui peuvent réapparaître ne sont mis en relief que pour souligner le caractère particulier dont ils témoignent. Le cas de figure suivant résume sa trajectoire dans la transmission du mauvais héritage à son enfant. Elle ne résiste pas à s'approprier la criminalité de ceux qui lui ont infligé le mal.

3.2.4. Claudette : « Je suis criminelle »

3.2.4.1. Éléments biographiques

Claudette ne précise pas exactement sa date de naissance. Elle se repère à la guerre et au génocide ; elle était en 6^e année primaire et elle avait approximativement 12 ans. Ses parents sont morts quand elle était petite. C'est depuis lors qu'elle a commencé à mener une vie difficile d'une famille à l'autre. Après la mort de ses parents, ce sont les adeptes de son église qui se sont occupés d'elle, mais déjà dans les familles où elle a vécu, elle faisait des travaux domestiques qui la dépassaient. Sa situation a empiré depuis l'exil, même dès son retour au pays. En dormant ici et là, elle a fini par avoir le VIH et son enfant a aussi été infecté.

A l'annonce du diagnostic, c'étaient des pleurs intarissables. La honte l'a hantée pour tout le reste de sa vie

Plusieurs thèmes ressortent de ce qu'elle nous a dit. Le plus saillant est celui de l'inversion des rôles dans le discours pour prendre distance.

« Je suis une criminelle. Je suis une criminelle. Ainsi je me pointais le doigt après avoir mis au monde un enfant infecté. » La phrase fut prononcée par Claudette, après les présentations d'usage, l'objet de l'entretien et la garantie de confidentialité qui l'invite à parler de vécu avec l'infection au VIH ainsi que de l'impact que les soins dont elle a bénéficié ont eu sur le plan de la santé mentale. Claudette a l'air d'avoir une trentaine d'années. C'est avec elle que nous aurons le plus long entretien. Après ce petit témoignage englobant le vécu d'une mère ayant mis au monde un enfant malade, Claudette retrace vite

son parcours avec la maladie pour enfin décrire ce qu'elle a retiré des groupes de soutien. Bien que nous lui ayons demandé de présenter l'histoire de sa vie en commençant dans son enfance, nous n'apprenons que des parties. Chose inhabituelle en conditions normales, Claudette en arrive vite à la conclusion, comme avait aussi procédé Jeanne pour introduire son récit. Il est difficile de suivre son récit d'une façon chronologique. À ce point Bertaux (2010, p. 79) nous fait part de son constat :

Si l'invitation au récit de vie comporte un appel à la linéarité et à la cohérence, le sujet ne peut y répondre que de manière très imparfaite. L'évocation d'un proche, d'une scène, d'une crise, d'un événement l'entraîne dans des digressions qui le font revenir en arrière ou anticiper la suite.

Claudette s'accroche fréquemment au nœud de sa souffrance. Elle fait un saut vers l'avant ou en arrière dans la démarche de restructurer son histoire. Nous cheminons ensemble pour la (re)construire, nous posons de temps en temps de petites questions pour explorer une partie de l'histoire de vie. Elle pouvait y réagir ou aborder autre chose comme si elle n'avait rien entendu. Pour se présenter, elle prononça ses deux noms, et s'accusa d'être criminelle comme les propos qui ouvrent ce paragraphe en témoignent. Elle poursuit par après, par ce que nous attendions à la fin de l'entretien :

Je viens de loin ! De là où les groupes m'ont fait arriver, c'est vraiment loin, c'est un pas énorme. Quand je suis entrée dans le programme de soins avec WE-ACTx, les CD4 étaient insignifiants, et j'ai commencé directement les ARVs. Même si les problèmes de la vie quotidienne sont toujours là, j'apprécie.... (Elle prononça ce mot d'appréciation en l'articulant et en le faisant suivre d'un long moment de silence, pensive et triste). *Puis, elle dit : je remercie Dieu.*

Même si la personne avec qui je me suis mariée est morte, sans rien dire à propos de son statut sérologique, et que je l'ai appris par les soignants (silence) ... *Je dirais que ça ne me fait rien. Mais...* (Je sens qu'elle évite de continuer sur le même sujet de perte). *Je ne sais pas. Je dirais qu'en général, après avoir été mise sous traitement... je n'ai jamais eu de problème lié au traitement. Même les diverses blessures que j'ai connues... et quoi qu'il en soit... (Silence encore avec une apparence pensive), avant je n'aimais même pas en parler, mais pour le moment, chaque fois que j'en parle, grâce aux autres membres de mon groupe, même si j'en pleure, je me sens petit à petit reposée. Avant, même quand je me souvenais que je suis infectée, je pleurais sans cesse. Quand je pensais aux enfants, qu'ils dépendent tous de moi... (Un moment de silence, tête baissée avec les yeux trempés de larmes). Mais... je lui ai pardonné, car je me dis que peut-être il ne le savait pas non plus. Ou peut-être le savait-il. Mais pour me donner la paix, je lui ai pardonné. Voilà ce que les soins en groupe m'ont procuré.*

Pour elle, c'est comme si nous étions à la fin de l'entretien ; nous rouvrons une autre partie. Nous nous sentons face à un mur bétonné et bien cimenté, face à une énorme porte métallique fermée à double tour. Par conséquent, face à un sujet impénétrable, comment allons-nous procéder ? Puis-je explorer d'abord les bons moments de l'enfance ? Et si elle n'en a pas connus ? Sommes-nous face à un miroir qui reflète notre échec quant à la construction d'une alliance préalable pour entrer en conversation avec quelqu'un ? Comment devrions-nous procéder, nous demandons-nous intérieurement ? Une idée nous

vient soudain à l'esprit comme une sorte de réconfort à notre égard. Cette mère est peut-être en proie à un traumatisme psychique, celui de l'enfance auquel se superposent d'autres. La preuve en est qu'elle ne se rappelle même pas quand elle est née. Le génocide constitue sa seule référence pour estimer approximativement son âge. Son identité est mutilée, les possibilités narratives sont écrasées (Roisin, 2010 ; Moro & Strum, 2012 ; Mouchenic, 2012), comme nous l'avons constaté dans les pratiques de tous les jours au Rwanda, autour de personnes traumatisées. Nous retrouvons, ici, des concepts opératoires de Jean-Claude Métraux (2004, p.12) « Nous savons que le traumatisme mutile l'identité, qu'il écrase toute possibilité narrative chez le sujet ou dans un groupe. »

Par quelle brèche faut-il s'introduire ? Timidement, nous essayons de nous en sortir, par une question incertaine qui l'oriente: « Et avant d'en arriver là ? » La question appellera une longue réponse et fut donc comme la clé qui a tout ouvert et qui nous a facilité la tâche. Nous apprenons qu'elle est orpheline des deux parents depuis son jeune âge et qu'actuellement elle est mère de deux enfants. Elle ne sait pas exactement sa date de naissance, elle fait simplement référence aux événements tragiques de 1994 : « *Le génocide a éclaté quand j'étais en 6^e année primaire.* » Nous nous sommes dit qu'approximativement elle avait 12 ans en 1994. 18 ans après, elle est âgée de 30 ans. Ce n'est pas certain, car elle ne sait pas si elle a commencé la première année à 7 ans, comme le veut la loi au Rwanda ; un peu avant, un peu plus tard, tout est possible. Ces propres propos en disent plus. Elle décrit son enfance, sa vie conjugale, son vécu avec la *maladie* et l'image qu'elle se donne après avoir mis au monde un enfant infecté.

Avant que je ne rencontre ce problème, j'étais aussi orpheline, je n'avais pas vraiment une vie heureuse. Et je dirais que la raison de rencontrer ce problème est le manque de ma propre sécurité, le manque d'une place qui me satisfait. Je pense... d'ailleurs je ne m'en doute pas, la personne qui m'a infligé ce mal m'a profité parce que j'étais malheureuse et il m'a violé car je logeais chez lui. Mais... Quand je vais y entrer, (Kwimyozza)⁶³. Même avant j'étais anxieuse, mais j'étais capable de travailler et de gagner un peu pour vivre et je n'avais pas d'enfant infecté qui me culpabilise toujours. Car je croyais que tout le malheur qui m'est arrivé, et la maladie qui s'est installée chez mon enfant, viennent de moi. Ainsi donc je me pointais toujours du doigt signifiant que je suis criminelle. Je me disais : si je n'avais pas mis au monde un enfant infecté... Je le maltraitais en lui refusant de la nourriture. Comme je l'avais déjà tué le jour même où je l'avais mis au monde, je voulais l'achever, puis m'achever par après pour ne plus me sentir coupable. C'est ça le noyau de tout le changement de ma vie après avoir été infectée.

Quant à ma vie étant encore fille, j'avais donc ma propre force. Bien que mon âge d'alors ne me permette pas d'analyser les choses pour saisir clairement comment ma vie serait. Après que cet homme chez qui je logeais m'a imposé de vivre avec lui comme sa femme, la vie est vraiment devenue fade, tellement mauvaise. Je n'ai pas pu éduquer mon enfant comme il faut. Et je me disais (Kwimyozza, encore)... Je me disais : voici la vie devient impossible pour moi, je ne savais pas quoi faire, finalement j'ai eu honte de quitter, je suis restée chez lui. Mes enfants étaient malades, moi-même j'étais malade, le mari aussi, et je me suis dit je vais rester avec lui, que c'est la même chose pour moi. (Ngiye kumwihambiraho ni hahandi

⁶³ Une interjection de regret. L'équivalence en français ou en anglais nous fait défaut.

hange). J'ai décidé de m'occuper de mes enfants. En fait j'ai deux enfants, mais heureusement, le cadet est sain, seul l'ainé est malade.

Après être entrée dans ces discussions en groupe, après avoir appris que le sida est une maladie comme tant d'autres, après avoir appris que chacun meurt quand son temps arrive, après avoir appris que lorsqu'on prend les médicaments comme il faut, on ne meurt pas pour autant, je me suis d'ailleurs dit que même un médicament curatif pourra être découvert un jour (montée de la tonalité de la voix avec un sourire).

J'ai adopté la stratégie de ne plus faire souffrir mon enfant, alors que c'est bien moi qui l'ai mis au monde et qui lui ai apporté ce problème, je l'ai approché. L'autre enfant vit avec sa grand-mère paternelle. Car pour celui qui est malade, ils avaient commencé à le stigmatiser, lui refusaient la nourriture, en lui disant « pourquoi lui donner à manger alors que ce qui l'attend n'est que la mort ? C'est la mort, rien d'autre. Inutile de lui donner à manger. »... En fait ce n'était pas du tout bien, (Kwimyoza) rien n'allait. Je l'ai emmené vivre avec moi, (en insistant) tout près, ... tout près ; ce que j'avais, je lui donnais, ce que je n'avais pas, il le voyait lui-même et le comprenait bien. Jusqu'à maintenant, il est encore sous bactrim (prophylaxie), il a 13 ans. J'en remercie Dieu, c'est bien lui qui m'a assistée et c'est lui qui va toujours m'assister.

Claudette est à la recherche d'une certaine cohérence. La plus grande souffrance est, à ses yeux, de ne pas comprendre l'origine de sa maladie et les raisons pour lesquelles elle a croisé une telle épreuve dans le cours de sa vie. « *Ce que j'avais vécu ne suffisait-il pas ? Pourquoi cette maladie ? Pourquoi les gens font de telles choses, ce sont des criminels seulement !* », dit Claudette. Nous comprenons combien elle fut affectée au point que, après avoir mis au monde un enfant infecté, elle s'est approprié la criminalité de son abuseur, d'où elle prononce cette phrase en l'articulant : « *Je suis criminelle* ». C'est pour nous une façon de qualifier la longue chaîne de la transmission de la souffrance. Chaîne de la souffrance qui relate des familles qui l'ont hébergée tout en abusant d'elle, celle liée au parcours de l'exil et aux différents visages rencontrés. C'est de ces derniers qu'elle a eu le VIH qu'elle a transmis finalement à son enfant. Le fait de mettre au monde un enfant infecté, ne lui permet plus de voir la criminalité des autres. Elle se pointe toute seule le doigt, se voit comme le point de repère, et « je suis criminelle », pour dire, « *au lieu de donner naissance à la vie, je ne donne que la mort* », clarifie-t-elle. Son raisonnement conduit à la compréhension de sa souffrance, elle contribue, à la soulager. Le partage des expériences de vie en groupe de soutien y est pour beaucoup. D'une certaine façon, la souffrance en devient moins douloureuse, la vie devient plus paisible.

C'est par cette partie de son histoire qu'elle commence, et qu'elle boucle immédiatement, après avoir ouvert les fenêtres, laissant appréhender les petits compartiments de ce qui lui est arrivé. Mais, en même temps, son procédé nous soumet à l'épreuve du dévoilement du contenu masqué entre les bribes du début et une fin apparemment confuse. Les souder en en faisant un récit continu relève du défi.

3.2.4.2. Avant, pendant et après, une vie sans demeure

Comme nous avons l'objectif de repérer ce qui a été détruit pour enfin explorer si cela a été réparé ou non et comment, nous sentons que nous avons le devoir de cheminer tout

doucement avec Claudette pour arriver au bout. Il nous semble que le travail qui s'est opéré en groupe a peut-être contribué à restaurer ses possibilités narratives. Elle décrit sa vie malheureuse, bien avant le génocide ; même dans l'après, les pertes des proches sans y être préparée l'ont bouleversée. Il y en a même qui sont disparus et dont personne n'a connu la suite jusqu'à présent. Voici une autre partie de son récit qui en donne des détails.

Même avant, j'avais mené une vie malheureuse... Oui, mais... en famille, il y a des frères et sœurs du côté du père, et les autres du côté de la mère seulement. Certains sont morts pendant la guerre, les autres on ne sait pas par où ils sont disparus. Seulement, un des frères, un mort au front au Congo en 1997. Nous restons à trois. Il y'avait une autre demi-sœur que maman avait mis au monde avec qui nous ne partageons pas le même père. (Avec une tristesse qui s'affiche au visage) [...]. Tous nos parents sont finalement aussi morts. Cependant, mon père est mort quand j'étais petite, par accident. Ma mère est morte aussi. Elle n'a été malade que deux semaines seulement. (...). Je ne sais même pas à quoi elle ressemblait. J'ai entendu dire qu'elle n'a été malade que deux semaines. Je dirais que sa mort nous a surpris. (Nous glissons une question pour se repérer temporairement : Quel âge avais-tu pendant tous ces événements de pertes successives?) (Trop pensive). J'avais déjà terminé l'école primaire, je dirais que... Je ne sais pas, mais en fait je me souviens que le génocide s'est éclaté quand j'étais en 6^e année primaire et les membres de notre église avaient déjà payé le minerval pour le prochain trimestre. Je n'étais même pas à Kigali, même si je suis née là-bas. J'ai pris le chemin d'exil toute seule... je logeais dans différentes familles. De retour de l'exil, c'était la même chose. Souviens-toi que je me suis exilée toute seule, je suis partie seule, je suis revenue seule, je n'avais nulle part où vivre... Si j'essaie de me souvenir, je dirais plutôt que je n'en sais rien. Je crois que j'étais encore petite. La guerre a eu lieu avant même que mes seins n'apparaissent.

Bon nombre de personnes ne marquent pas de différence entre ces deux événements bien distincts : la guerre et le génocide. Certaines le font pour des raisons d'ignorance, d'autres pour accentuer l'esprit négationniste et révisionniste. Pour le cas qui est devant nous, l'utilisation du concept de guerre et de celui de génocide rentre dans la première catégorie, de ceux qui ignorent la différence. Nous reprenons la même question qui explore l'âge pour voir si Claudette marque une différence entre la guerre et le génocide. « La guerre a eu lieu quand tu avais quel âge ? » Et Claudette de trouver encore une brèche pour amorcer son vécu d'avant et après le génocide.

Je pense que j'avais 14 ans... mais je ne sais pas très bien. De mon retour d'exil, je vivais ici aujourd'hui, demain ailleurs, je passais la nuit ici, le jour suivant je bougeais pour m'installer ailleurs, c'était ça ma vie. Même avant la guerre je ne vivais que dans plusieurs familles, en faisant des travaux domestiques du monde entier qui dépassaient la capacité de mes forces. Je dirais que... Même si la guerre a eu lieu et qu'il n'y a rien de bon dans la guerre, moi je dirais qu'elle m'a épargnée de ces travaux domestiques. J'avais déjà perdu la tête, je ne voulais même pas continuer les études. Pendant l'exil, partout dans les camps, ... je suis rentrée par d'autres personnes que je ne connaissais même pas. Je commençais déjà à devenir adulte, et j'ai pris la décision d'aller sur ma colline natale pour voir s'il y avait au

moins « un oiseau »⁶⁴ qui est resté. Les gens qui me voyaient et qui avaient pillé nos biens, croyaient que je revenais pour ça. Ils me regardaient méchamment et voulaient me faire du mal, j'ai dû quitter. Cependant un des voisins m'avait donné notre armoire et m'indiqua où se trouvaient d'autres matériels de la maison. Parmi les objets de la maison, je dispose seulement de cette armoire.

Après un long moment de silence, le même terme de *kwimyoya* revient. Dans le contexte de l'instant, cette interjection ne traduit que le désarroi. Elle en fait usage à plusieurs reprises avant de poursuivre son récit. Apparemment une élaboration interne s'opère (Waintraiter, 2003) à travers cette interjection. Contrairement à Jeanne ou aux autres personnes que nous avons rencontrées pendant notre travail clinique, nous remarquons chez Claudette qu'il n'y a vraiment aucune gêne pour prononcer les quatre lettres qui font peur aux autres : S.I.D.A. En l'écoulant, on dirait qu'elle était déjà anesthésiée par tous ces mauvais traitements qu'elle avait connus pendant son enfance, au point de trouver du secours dans la ruine. « Rien de bon dans la guerre, mais, moi je dirai qu'elle m'a épargnée de ces travaux domestique », nous avait-elle déjà dit plus haut. En plus, elle n'avait aucun schéma représentatif de ce que l'on dit sur cette maladie. Ensuite la vie sans domicile fixe se reproduit. Elle compare une telle vie à celle de l'oiseau sans nid, qui dort là où il arrive à la tombée de la nuit :

Voilà que même après la guerre la même histoire de déménagement s'est reproduite (arimyoza), dormir ici et là, comme l'oiseau sans nid, qu'est-ce qui pouvait suivre ? Il ne ferait que s'abriter où il arrive à la tombée de la nuit. Finalement, j'y ai récolté la grossesse que je n'ai jamais désirée. Ensuite j'ai mis deux enfants au monde, 13 ans, 12 ans, et attrapé ce problème ! Le père en meurt immédiatement (avec tristesse, à chaque phrase elle fait la même interjection), il a d'ailleurs connu une mauvaise mort, une mauvaise mort, je te dis. C'est pendant le temps où on n'avait encore aucune notion à propos du sida. C'était dans les années 1999, les gens malades se cachaient. Seulement pour les reconnaître, on ne parlait que par les symptômes de diarrhée et de vomissement. Les gens disaient qu'il est mort du sida, ... qu'il est mort du sida, ... qu'il est mort du sida. Les autres disaient : c'est le sida, ... c'est le sida, ...c'est le sida, mais moi, ça ne me disait rien, je n'en avais aucun souci car je ne savais rien du sida, ni même de sa gravité (Arimyoza). En principe l'homme craint la forêt, mais en réalité, ce n'est pas la forêt en soi qu'il craint, mais plutôt il craint ce qu'il a rencontré dans cette forêt⁶⁵. Il s'est fait que je sens que ça ne me dit rien, (avec méfiance) et ça ne me disait rien. Mais.... Dans l'entre-temps, la vie de mes enfants devient problématique, la mienne... ma vie aussi... devient impossible.

A travers ces longs propos, Claudette se qualifie d'une mère sans demeure depuis la perte de ses parents à bas âge. Pour elle « une telle mère n'est pas une mère ». Elle fut, voyons-nous, enfant maltraitée, elle en arrive à en être précocement mère, sans domicile fixe. Elle s'est toujours débrouillée chez d'autres personnes adultes. Et si c'était l'adulte

⁶⁴ Oiseau resté, une expression rwandaise « *nta n'inyoni yasigaye* » qui veut dire que personne n'est resté, après une horreur. Avec cette expression d'aller voir s'il n'y a pas d'oiseau resté, cette personne voulait dire qu'elle est allée à sa colline natale pour vérifier s'il n'y avait pas au moins une seule personne, membre de sa famille, voisin ou connaissance, pour lui donner des nouvelles des siens.

⁶⁵ Cette phrase et une traduction d'un proverbe rwandais qui dit littéralement : « *Ntawe utinya ishyamba ahubwo utinya icyo mwahuriyemo* ».

protecteur qui véhiculait le mal ? « *On ne fait que patienter, car dehors la vie n'est pas possible, sinon on fait la même chose ailleurs* ». Claudette nous a aussi fait part de ce qu'elle n'a fait que changer de demeure tout le temps, et chaque fois la même histoire – « *être prise par force* », « *subir les choses* », ou « *être libérée (kubohozwa)* » au sens noble du terme, du viol qui ne fait que semer la confusion – se reproduisait. Vu la valeur accordée à la femme enceinte, et à la mère dans la société rwandaise, la maltraitance qu'a subie Claudette fut mise en relief jusqu'au point d'en avoir la honte.

... Dans l'une des familles où j'ai vécu de retour de l'exil, le mari m'a prise par force⁶⁶, j'ai dû déménager encore, dans une nouvelle famille mais j'étais enceinte sans le savoir. Ils m'ont demandé : « qu'est-ce que c'est que ça » ? Quiconque me voyait se demandait ce qui m'est arrivé ! J'avais à ce moment une grossesse de 8 mois, je ne portais que des jupes, je me cachais et je cachais que j'étais enceinte. Dans la nouvelle famille, ils ont voulu me chasser, et j'ai dénoncé le mari qui m'avait violée. Heureusement que lui aussi n'a pas refusé et les autorités locales l'ont obligé à m'assister, il a loué une maison pour moi et finalement il s'est installé dans cette maison et a abandonné sa première femme parce qu'elle n'avait pas mis au monde et nous avons eu deux enfants. Mais l'homme était habitué à aller chez d'autres femmes, il dormait là où il veut, il avait des mauvaises habitudes sexuelles avec d'autres femmes, nous n'avons pas vraiment..., finalement il est tombé malade. Il a été malade pendant 2 mois et il en était mort.

Sa famille m'a pris des enfants sous prétexte que je suis incapable de les éduquer et les nourrir. Ils ont tout pris, et je suis allée chercher un autre endroit où vivre. Mon aîné, devenait trop maladif, il a souffert même de malnutrition, j'ai dû aller le récupérer. Il était trop maigre, si j'avais sa photo avec moi pour que je te montre. À l'hôpital, on nous a enseigné de comment nous devons expliquer à nos enfants qu'ils vivent avec ce problème. (...). As-tu vu une mère qui n'a pas de demeure ? Connais-tu celle qui n'a jamais eu la maternité alors qu'elle a mis au monde comme tant d'autres ?... Après sa mort, on ne m'a pas donné la valeur en tant que femme d'un homme et mère des enfants. J'ai commencé à chercher la vie par moi-même, c'était une chose nouvelle, je n'étais pas habituée à louer la maison.

Ces propos de Claudette nous font appréhender le parcours complexe d'un enfant dépourvu de parents. La voyant expliquer ce parcours, nous n'arrêtons pas de nous questionner réellement sur le concept de résilience. Claudette a-t-elle résisté aux chocs ? Dispose-t-elle des capacités à se développer « normalement », en dépit des circonstances adverses, de façon que nous puissions dire qu'elle est résiliente (Cyrulnick, 2006) ? Personnellement, nous prononcerons ce mot avec réserve, nous dirons simplement qu'elle se bat à gauche et à droite et, à chaque coin, elle subit encore d'autres traumatismes qui se superposent aux autres subis antérieurement. Cependant le pas qu'elle a franchi de dénoncer son violeur nous paraît comme une façon de ne pas seulement subir ; l'autre pas de se rendre à la clinique et de se chercher une place dans le groupe de soutien est un engagement qui témoigne qu'elle lutte pour se faire une vie. Avant d'en arriver à la conclusion, explorons encore deux points chez elle : son vécu après l'annonce et

⁶⁶ Il m'a pris par force (*yamfashe kungufu /yarambohoje*) signifie, il m'a violée.

l'importance du groupe pour elle. Commençons par le vécu après la prise de connaissance du statut sérologique positif.

3.2.4.3. *Vécu après l'annonce*

Le long entretien avec Claudette tire vers sa fin. Son vécu après l'annonce reste le point inabordable bien que prononcer le nom de la maladie ne lui cause pas de difficulté, contrairement à Jeanne vue précédemment. L'annonce de l'infection au VIH ne lui a pas été facilement assimilable. Est-ce cela qu'elle voulait nous indiquer lorsqu'elle commença son récit par les autoaccusations au sujet de la criminalité ? C'est le moment d'en parler en réponse à notre question « Comment tu t'es sentie après l'annonce ? ». La question lui fait tourner son regard à gauche et à droite, par terre et en l'air. Puis, avec l'humeur triste, regard figé en un point, elle ouvre sa réponse par une autre question : « *Après avoir appris ça tu me demande ? Je pleurais incessamment ! Les larmes étaient intarissables. Quand je voyais la façon dont j'ai rencontré ce problème...* »

En réalité, Claudette ne pleurait pas simplement de cette information. Elle pleurait de tout. De la vie. L'enfance sans parents, les pertes humaines et matérielles pendant et après le génocide, la vie en exil avec des inconnus à qui elle s'est accrochée, à la recherche du visage humain qui pouvait lui tenir la main pour survivre. Ces gens ne lui ont montré que l'autre versant. Elle fut violée, repoussée et en résultent des enfants infectés. La prise de connaissance de l'infection au VIH ne lui est parvenue qu'avec la venue de la maternité sans même un domicile fixe. Le cadre familial contenant (Ferrant, 2011) qui lui a fait défaut dans cette misère a contribué à son anéantissement au point d'en arriver à l'état d'inconsolation. Même maintenant, pendant qu'elle en parle, il lui est difficile de décrire la cruauté qu'elle a subie qui la condamne à s'attribuer l'étiquette de « criminelle ». Chemin faisant, elle en arrive à s'en distancier. Elle va en arriver à une autre dimension de projection. Le « je » s'inverse en « tu ». Si ce n'est pas l'impersonnel en « on », c'est alors « nous » tous. Avec ce style, il lui a été possible de s'engager dans son expérience avec la maladie.

3.2.4.4. *« J'ai fini par dormir avec le sida »*

Elle poursuit son histoire, pour revenir en arrière, sur la façon dont elle fut contaminée. Dans sa façon de s'exprimer, Claudette parle de son histoire en essayant de s'en détacher dans la mesure du possible. On dirait qu'elle prend de la distance par rapport à sa traversée douloureuse qui débute avec la perte des parents, événement qui a accentué sa précarité sociale qui a été caractérisée par le manque de demeure. Nous avons l'impression que parler de soi et aller au bout de son histoire ne pouvait lui être possible qu'en faisant une sorte de « prise de distance méta énonciative », comme dirait J. Authier-Revuz (1995), cité par Coursil & Giot (2003). À travers son récit, nous déchiffrons une souffrance profonde. Elle va jusqu'à décrire tous les petits détails liés aux sentiments éprouvés. Elle reprend le point de départ dans son enfance, en abordant une autre partie de l'histoire pour finir avec sa vie d'après :

Avant, on n'avait pas vraiment où dormir, après la mort des parents, et voilà que même après, le même phénomène de dormir ici et là se reproduit. Et j'ai fini par dormir avec le sida..... (Un long moment de silence, avec un grand soupir. Elle regarde par terre, devient trop pensive, le regard est figé à un seul point, elle affiche une triste humeur). Après avoir appris ça ? On ne fait que pleurer sans cesse ! Tes larmes deviennent intarissables. Et quand tu vois la façon dont tu as rencontré ce problème, ça ne te donnait même pas de la valeur. En vérité, il arrive que tu te dises que même si quelqu'un t'a infligé ce mal, en retour tu y as gagné ceci ou cela. Mais... Quand nous sommes ici, même après les rencontres, ou avant, nous causons. Pour beaucoup d'entre nous, nous ne nous souvenons même d'aucune conversation amoureuse, qui te dit « je t'aime », même aucune bouteille de fanta partagée. Même aucun seul mot d'amour. C'est pourquoi quand tu y penses... (silence). Tu te dis que c'est injuste, qu'on n'a rien gagné dans cette action sauf... les enfants. On se posait tant de questions qu'on n'arrive pas à y croire. À la fin, on ne fait que pleurer. Personne ne pouvait te consoler. Je me demandais pourquoi je meurs pour rien, comment je vais proliférer la mort à mes enfants.

« Le récit est un travail d'émotion » (Cyrulnik, 2000, p. 225). Les tentatives de prise de distance, les moments de silence, lui ont été des points d'appui, pour ne pas s'engloutir dans ses émotions. Cependant, la réalité que comportent les couches traumatiques semble se réinscrire dans sa mémoire. Comment dès lors libérer le sujet sous l'emprise de son passé hyper présent ? Cette question nous traverse l'esprit par rapport au travail que nous envisageons d'entreprendre avec une nouvelle population au sein de l'AVEGA. Peut-être qu'un autre cadre, d'autres stratégies méritent d'être élaborés pour ne pas noyer le sujet dans l'océan émotionnel au lieu de lui faciliter la tâche en l'aidant à reconstruire le pont pour le traverser.

Vers la fin de notre entretien, Claudette amorce un autre thème qu'elle n'avait pas évoqué avant, une réalité que la plupart des personnes vivant avec le VIH ou avec d'autres maladies chroniques éprouvent dès la réception du diagnostic : ce que Claudette appelle « le manque de sécurité » ou « l'insécurité ». En l'écoutant, nous pensons à la sécurité de base, concept opératoire de John Bowlby. Elle souligne la sécurité qu'elle n'a jamais eue depuis son enfance. Pour elle, c'est la source de sa maladie. Mais, dans son bref extrait, nous percevons aussi une sorte de perte de sécurité, qu'a soulignée Marie-Frédérique Bacqué et d'autres auteurs qui ont consacré leurs travaux au deuil, surtout chez les personnes en fin de vie (Bacqué, 2002 ; Bacqué, 1992 ; Bacqué, 2008 ; Bacqué, 2008, Saint-Jarre, 1994, Kübler-Ross, 2005), ou alors « la peur viscérale », selon le langage de Pérodeau (1994, p. 249). Parlant des deuils collectifs, Métraux (2010, p. 173) nous inspire quant à l'intervention pour restaurer cette sécurité par ce qu'il nous résume par « la construction d'un contexte de sécurité ».

3.2.4.5. Perte de sécurité interne

Autour de son vécu avec le VIH après l'annonce, Claudette souligne la question d'insécurité interne. Elle nous signale qu'elle n'a jamais eu une vie heureuse, depuis sa naissance. L'infection au virus du sida est à inscrire dans le parcours de sa vie comme un perturbateur de la vision de la vie consécutif à cette insécurité. A la recherche de la sécurité,

elle fut infectée par le VIH. La prise de connaissance réinstalle la même insécurité, mais, cette fois-ci la mort est à la porte selon sa conception et celle de son entourage, malgré que le traitement soit disponible. Pour Claudette, elle se battait même avant la maladie. L'infection au VIH a représenté l'obstacle le plus résistant lui imposant définitivement de demeurer dans la position d'impuissance, voire d'approcher sa propre mort. Voici ces propos:

L'infection au virus est due au manque de ma propre sécurité interne et au manque d'une place qui puisse me satisfaire. Je ne me suis jamais sentie en sécurité, ... toutes ces démarches ici et là, je ne cherchais que ça. (...). Elle m'a mis par après dans un état d'incertitude quant à l'espérance de vie. Je me disais que si je ne meurs pas aujourd'hui, je vais mourir demain. (Silence). Avec cette maladie, on n'a nulle part où poser tranquillement les pieds.

L'enfant naît avec les qualités sociales qui se construisent progressivement grâce aux relations que les personnes significatives qui l'entourent manifestent à son égard. Ce sont principalement les deux parents qui servent de « base sécuritaire » (Bowlby, 2011, p. 25). Pour Claudette, nous avons l'impression que ces relations n'ont pas eu lieu, même les personnes qui auraient dû jouer le rôle de substitut parental n'ont fait qu'abuser d'elle dans cette période où la violence avait pris place. Cette situation nous témoigne de la perte de sécurité aussi bien interne qu'externe. Elle croyait sa mort imminente, elle pensait aussi que la personne qui lui avait infligé la maladie avait abusé d'elle parce qu'elle était malheureuse. Orpheline des deux parents depuis son jeune âge, elle a évolué dans différentes familles. Certaines étaient bonnes, d'autres l'utilisaient comme femme de ménage, même pour des travaux qui la dépassaient, au regard de son âge. Elle fut violée par le père d'une de ces familles dans laquelle elle s'est alliée après le génocide :

Simplement parce que je vivais chez lui (arimyoza : signe de regret teinté de douleur morale). [...] Quand je vais y entrer... (encore le même geste). Même avant, j'étais anxieuse. J'étais pourtant capable de travailler et de gagner un peu pour vivre. Je n'avais pas d'enfant infecté qui me rappelait toujours que je marchais avec la mort, et que je l'avais transmise à mes descendants. Tout le malheur qui m'est arrivé et la maladie qui s'est installée dans mon enfant ne viennent pas de moi. Mais c'est aussi à cause de moi. J'aurais pu vivre ailleurs, puisque j'étais capable de travailler et de gagner un peu. Ainsi donc je me reproche toujours d'être une criminelle. Je me dis : « Si je n'avais pas mis au monde un enfant infecté par le VIH/sida... ». Je suppose que maintenant, tu as compris l'origine du changement de toute ma vie.

Avec ces propos, Claudette témoigne d'une menace, ressentie depuis le départ des parents protecteurs qui l'ont quittée sans qu'ils la dotent de l'autonomie (Bowlby, 2011). À part cette insécurité pendant son enfance, il y a aussi celle qui est liée à sa destinée, tracée avec l'installation de VIH. Selon ses propos, cette dernière situation pèse plus lourdement que la première, même si elle reste convaincue que c'est bien la première situation qui a occasionné la seconde. Elle souligne qu'avant la maladie, elle avait sa propre force, bien qu'orpheline. Elle n'avait jamais pensé à sa propre mort pour pouvoir faire anticipativement le travail du deuil. Comme elle n'avait pas encore l'âge de décider, ni de se projeter dans son avenir, elle a accepté de vivre avec son violeur. Depuis lors, « la vie n'était plus la vie. Nous étions tous entre la vie et la mort. Les maladies ne quittaient pas notre foyer... ». Elle

décrit sa famille comme une famille malade. Quand ce n'était pas le mari qui était malade, c'était elle-même, ou les enfants, ou encore tous à la fois. Cette situation familiale l'a liée à un mari qui l'a prise de force, juste pour faire vivre les enfants.

En revoyant toute l'histoire de Claudette, ce n'est pas seulement la recherche du domicile fixe qui l'a liée à son violeur, mais aussi et surtout, la honte qui l'a maintenue dans ce foyer dans lequel elle avait passé des nuits avec l'homme qui, tout compte fait, lui avait donné deux enfants. Là elle aurait au moins un domicile fixe et serait, aux yeux de l'autre, femme d'un homme, comme le prescrivait la culture rwandaise.

Le mari ne tardera du reste pas à mourir. Des deux enfants, seul l'aîné vit avec le VIH, l'autre est sain. Claudette avait décidé de travailler pour ses enfants. Mais son effort sera brisé quand sa belle-famille lui retira le cadet, qui était justement sain, lui laissant la charge de celui qui était infecté. La même belle-famille lui répétait tous les jours qu'elle et son fils n'avaient plus qu'un jour de soleil. « *A quoi bon de vous nourrir alors qu'il ne vous reste qu'un jour de soleil* ». » Elle avait fini par en être convaincue et attendait cette mort jour après jour. On comprendra combien cette mort de soi telle qu'elle se la représente, se superpose aux autres pertes antérieures pour alourdir ses deuils. On se rappelle bien que le père de Claudette était mort d'un accident, quand elle était encore petite. Sa mère le suivra quelques années après, par une mort subite. Ses frères, ses sœurs et ses demi-sœurs sont morts pendant la guerre, les autres ont disparu sur le chemin de l'exil. Elle se sentait toute seule, dépourvue de toute chose qui puisse lui procurer joie. Au moment où Jeanne garde son sourire malgré qu'elles aient des histoires presque similaires, Claudette est effondrée d'une tristesse que l'on remarque à première vue. La présence de la mort était telle, dans sa vie, qu'elle envisageait quelquefois de ne pas donner à manger à son enfant, afin de lui donner la mort, et de se la donner à son tour peu après : « *je pensais souvent de l'achever, puis m'achever, pour ne plus me sentir coupable* », dit-elle.

Tels sont les éléments qui l'ont placée dans l'insécurité intérieure. Nous apprenons d'elle que renouer les parties de l'histoire du sujet n'est pas si facile. Nos pensées n'arrêtent pas de songer à la nouvelle population avec laquelle nous allions immédiatement travailler. Dans sa façon de parler de son histoire, sa vie d'enfance ne ressort pas clairement, « *la vie avec le VIH, n'est pas la vie* », l'avenir se limite au lendemain. Le récit ne tournait qu'autour de l'infection du VIH, comme si l'existence de cette maladie dans l'histoire de sa vie avait gommé tout le reste. Pour le cas de Claudette, il y a encore un grand travail à faire. Notre propre observation n'isole pas la précarité sociale extrême parmi les facteurs qui barrent le chemin de la reconstruction. Au moins Jeanne vit par le petit commerce et une fois par semaine se présentent dans ce groupe des mères qui fabriquent des bijoux en perle. Ainsi, *la vie revient* pour Jeanne. Cependant, Claudette avoue qu'elle n'a retrouvé l'autre sens de la vie que dans le groupe, avec d'autres mères vivant avec le VIH. Amorcé immédiatement tout au début de son récit, Claudette nous fait part de ce que le groupe lui a apporté. Elle associe les effets du groupe au temps.

3.2.4.6. Effet des rencontres en groupe

... Mais je dirais que c'est grâce à ces rencontres dans des groupes, ou même c'est avec le temps... que l'on retrouve l'autre sens de la vie. Quelqu'un venait, croyant que c'est lui seul qui a des problèmes énormes, mais à force de rencontrer les autres, on remarque qu'on n'est plus mourant. On y rencontre même ceux qui ont des enfants tous malades, et tu remarques qu'au moins toi, tu en a un qui est sain. Je dirais que même si ça n'a pas encore disparu complètement, ça n'a pas la même envergure.

Pendant que Claudette nous fait part de la façon dont elle a échappé à l'omnipotence de la mort, celle qui l'avait placée dans l'insécurité, notre attention est retenue par son opposition de l'effet du groupe à l'effet du temps. Elle est également retenue par ce qu'il faut rassembler comme éléments pour l'aider : du temps pour rassembler les conditions, les moyens, le matériel psychique et la disponibilité pour commencer le chemin de la reconstruction (Brackelaire, 2004). Nous volons dire, la reconstruction de soi dans un premier temps, puis reconstruction de l'autre. Quand le sujet est démuné sur le plan économique, social, familial, affectif, la dynamique de sa reconstruction rencontre des obstacles qui freinent son avancement. Claudette n'aura de répit qu'une fois éloignée de sa belle-famille, qui les stigmatisait, elle et l'enfant infecté. Elle en témoigne, après son intégration dans le groupe de soutien :

Le groupe tue et le groupe sauve. Toutes les personnes chez qui j'ai vécu m'ont tuée, les membres de ma belle-famille m'ont aussi tuée et ils ont tué mon enfant par leurs paroles, à leur volonté, ils auraient dû nous redonner l'espoir sans que l'on vienne ici. Dans ces groupes de WE-ACTx, j'y vois ma nouvelle famille. Des frères et des sœurs. Ils sont là où les miens auraient dû être sans me stigmatiser. J'ai énormément appris du témoignage des autres. Je ne fais plus souffrir mon enfant. C'est bien moi qui l'ai mis au monde, et qui lui ai apporté ce problème, après tout. J'ai été conscientisée. L'enfant infecté est plus proche de moi. L'autre vit avec sa grand-mère paternelle. Pour celui qui est infecté, la belle-famille allait jusqu'à lui refuser de la nourriture. Pire, elle allait jusqu'à proférer, devant lui : « Pourquoi te donner à manger, alors que tu es déjà promis à la mort ? » Figurez-vous que j'en étais moi-même arrivée à penser comme ma belle-famille. Mais voici qu'avec le groupe de soutien, tout a radicalement changé. Mon enfant est aujourd'hui un enfant comme les autres, même si, à 13 ans, il prend des médicaments. J'en remercie Dieu, c'est bien lui qui m'a assisté, et c'est lui qui va toujours m'assister.

La trajectoire de Claudette se résume autour des différents événements qui l'ont potentiellement marquée. Nous avons noté des pertes humaines successives, suite à quoi elle se débrouillait toute seule pour demeurer en vie. À part ses parents, qui sont morts subitement, et son frère qui serait mort sur le front selon les « on-dit », les autres membres de la famille sont disparus pendant le mouvement d'exil. Depuis lors, elle ne sait pas de quoi ils sont morts, elle n'a même pas trouvé leurs corps. Par ces propos, elle nous témoigne ce que le groupe a été pour elle. Il nous semble qu'elle y a trouvé une place pour être dans le « Nous » (Godard, 2013), le seul style auquel elle avait recours pour parler de soi, si ce n'est le « on » ou le « tu », pour se distancier de soi. Nous trouvons donc que le groupe a pu lui servir de support, qui a pu contenir ses angoisses, représenter une prothèse pour tenir afin que les transformations nécessaires s'opèrent.

Une des transformations qui se sont opérées est qu'elle a pu réaliser qu'au moins elle est mère, utile pour son enfant. C'est perceptible dans l'organisation de son récit en essayant de temps en temps d'avoir recours au « Je ». Rappelons que Claudette communique rarement sur le mode du sujet personnel « Je », même quand le sujet concerné est elle-même. Elle renvoie le problème à son interlocuteur pour prendre distance. « Tu vois toi-même, tu peux être malade... À la limite, quand il s'agit d'une action de groupe, elle est encline à l'utilisation du « nous » et ce style est plus rassurant. Cependant dans les propos dont il vient d'être fait mention, nous trouvons Claudette en personne dans le « Je », avec un autre regard qui perçoit l'existence de l'enfant non infecté et sa responsabilité pour celui qui est infecté.

On note un certain détachement avec son histoire, dans la façon dont elle la raconte : *« Ça ne me dit rien (...). Ça ne me dit rien, je leur dis ce qu'il faut, qu'il le considère ou pas, ça les regarde, c'est leur affaire. »* Quand il arrive absolument qu'elle s'y attache, elle s'en détache immédiatement. Organiser un récit autour d'un événement malheureux ou déplaisant n'est pas facile à structurer (Waintrater, 2003 ; Gishoma, 2014 ; Tisseron, 2006 ; Sironi, 1999). Quand Claudette arrive au nœud de sa souffrance, elle le saute immédiatement, ou y traîne par un long silence. À sa situation propre à elle, où l'élaboration des traumatismes et le travail des deuils est inhibé par la honte de la maladie et de la façon dont elle l'a eue, nous avons l'impression qu'elle demeure encore sous l'emprise de « la catastrophe et la confusion » de la honte imposée. « La première étape de la honte est une expérience catastrophique, dominée par l'angoisse d'être exclu du genre humain. Cette angoisse, pire pour certains que celle de mourir, est imposée aux victimes dans toutes les formes de torture » (Tisseron, 2006, p. 24).

Pour tenter d'y faire face, Claudette devient pensive, puis passe à la densité du résumé à travers : « enfin... », « ... je ne sais pas... ». Des moments de silence accompagnent un désarroi perceptible, tant le contenu active toutes sortes d'émotions. Le véritable nœud du problème est double. Il est, d'une part, lié au fait d'avoir été infectée par le virus du sida. Il est, d'autre part, lié au fait de mettre au monde un enfant aussi infecté. De cette transmission, le sentiment qui est généré est potentiellement culpabilisant. Elle estime, en effet, n'avoir pas été assez prévoyante pour éviter ce qu'elle appelle la mort (le sida). Elle estime aussi être l'auteur d'une vie condamnée à mort dès sa conception, celle que mène l'enfant né avec le VIH. Chez Claudette, le sentiment de culpabilité est d'autant plus lancinant que le problème est toujours activé. Même si elle souligne les effets positifs du groupe de soutien, elle lutte encore pour intégrer sa propre maladie, et pour intégrer la maladie de l'enfant.

Qu'avons-nous appris de l'expérience Claudette ? Il nous semble que la famille est quelque chose de précieux, un élément vital que personne ne souhaite perdre. Qu'importe les pertes connues, comme Jeanne, Claudette n'a pas mené une vie paisible dans sa famille depuis que le VIH/SIDA s'est installée dans son corps. Cependant, chacune d'entre elles aimerait que ce que les gestes humanitaires posés par l'autre en dehors de leur famille soit aussi posés par leur propres familles qui aussi forment un groupe. Pour ne pas perdre cet

objet vital qu'est la famille, il fut symbolisé, transposé dans d'autres groupes où l'on parle de la vie.

Pour ce qui est des facultés reconstructrices qu'offre le groupe de soutien, Claudette y associe aussi le facteur temps. « ... *c'est grâce à ces rencontres dans des groupes, ou même c'est avec le temps.* » Malgré le temps passé dans le groupe (2 ans), le chemin à parcourir pour parler de la reconstruction psychique chez elle – du moins pour intégrer sa maladie, celle de son enfant – reste long. Les raisons en sont liées à sa trajectoire personnelle teintée d'absence de liens solides et cela depuis son jeune âge. Cependant, il ne faut pas ignorer la précarité sociale dans laquelle vit cette mère.

Pour les trois autres cas qui font l'objet de nos entretiens évaluatifs, nous avons jugé bon de ne pas les détailler comme les deux premiers. Nous nous limiterons donc au résumé et n'apporterons que les thèmes nouveaux qui n'apparaissent pas dans les deux précédents. Cependant, la présentation de quelques éléments biographiques nous semble nécessaire pour appréhender leur réalité et en ressortir le constat à prendre en considération pour les nouveaux sites de groupes.

3.2.5. Ariane : « *Le groupe m'a aidée (...), mon fils avait tout payé* »

Éléments biographiques

Ariane est née en 1974. Elle avait 20 ans pendant le génocide. C'est la cadette dans une fratrie de sept enfants. Elle a évolué dans la maison de ses parents. Ils se sont séparés sur le chemin de l'exil en 1994. Depuis lors, elle n'a aucune nouvelle des autres membres de sa famille. Sur le chemin de l'exil, au plus fort de la guerre, des massacres et du génocide, Ariane a connu des expériences de viols continuels, puis décida de nouer des relations amoureuses avec l'un de ses violeurs « *juste pour appartenir à quelqu'un plutôt qu'être à la portée de tout passant* ». Le couple poursuivit sa route, pour l'exil, vers la République Démocratique du Congo et elle ne savait pas qu'elle était enceinte. Moins d'une semaine après la naissance, son homme, le père de l'enfant, partit.

Elle a su qu'elle vit avec le VIH plus tardivement en 2005, lors de la consultation prénatale pour la grossesse de l'un de ses enfants. Elle fut enrôlée dans le groupe de soutien en 2008.

A l'annonce, elle n'a pas directement accepté cela, elle pensait que l'on s'était trompé de résultats. Elle est allée se faire tester à plusieurs cliniques pour vérifier les résultats. Entre-temps, l'agressivité et la haine envers son fils aîné s'est installée.

Le thème le plus saillant, dans son récit, est lié à la souffrance qui entoure le fait de mettre au monde un enfant infecté. C'est l'une des femmes qui fréquentent plusieurs groupes de soutien.

Quand Ariane et son mari furent arrivés dans le camp de réfugiés, son mari sort. Il part, apparemment non comme pour faire un voyage, ni même comme pour faire un tour. Il part comme pour aller chercher à manger, selon son habitude, pour sa nouvelle famille. Mais aussi incroyable que cela puisse paraître, l'homme ne revient jamais. Ariane reste avec son fils, que nous surnomons d'ailleurs aussi Fils. Ariane attend son mari, en vain. Elle attend, avec patience, avec espoir. D'un moment à l'autre, l'homme frappera à la porte, il reviendra, et reviendra avec des vivres, se dit-elle. La mère et Fils en deviennent affamés. Comment elle et Fils ont-ils pu survivre ? Ariane n'arrive toujours pas à le réaliser.

Un sentiment, depuis lors, s'empare de l'esprit d'Ariane. Plus les jours passent, plus Ariane hait Fils. C'est au point qu'elle ne voulait pas voir grandir son fils. Elle le frappait depuis son jeune âge, pour des raisons qu'elle-même ignore : « *Je le tapais sans savoir pourquoi, comme s'il devait payer tout le mal que son père m'avait infligé. Par après, je le regrettais trop.* » Depuis l'âge de 7 ans, Fils avait commencé à « torturer⁶⁷ » sa mère par des questions du genre : « *Où est Papa ? Est-ce vrai que tu es ma mère ?* »

À ce moment, Ariane est de retour au Rwanda, dans sa région natale. Elle se remarie, ou plutôt se marie avec un autre homme. Le nouveau couple a 6 enfants. Elle connaît déjà son statut sérologique et celui de Fils. Les deux, positifs. Entre-temps les questions de Fils la plongent dans des sentiments de culpabilité : « *Donner la mort à mon fils aîné plutôt que la vie...* ». Elle se demande aussi si c'est le père qui en est l'auteur, ou si c'est bien elle, car elle a connu l'expérience du viol à plusieurs reprises. Profondément enfouie en elle, l'expérience du viol en sort parfois, à travers des sentiments d'agressivité, dont FILS fait les frais, par diverses formes de maltraitance : coups, privation de nourriture, paroles hargneuses, etc. C'est au point qu'au cours d'une séance, Fils s'adresse à leur thérapeute pour poser la question : « *Demande à maman si elle est réellement ma mère.* »

Suite à l'assistance médicale, Ariane a pu, plus tard, avoir d'autres enfants, qui sont tous sains. Mais le couple n'a pas tenu longtemps, à cause de la séropositivité chez la femme et chez Fils. Après s'être fait dépisté, le nouveau conjoint a pris la décision d'abandonner la femme et Fils. Il a fallu, pour survivre, être assistée par la famille proche. Mais il a aussi fallu la rencontre d'un groupe d'autres mères pour déterminer Ariane à la vie. Les propos à travers lesquels elle en témoigne laissent appréhender l'idéalisation du groupe comme s'il apportait des réponses miraculeuses :

Je ne sais pas comment le dire, ni combien je suis reconnaissante à WE-ACTx. C'est grâce aux moments de rencontre avec d'autres mères, avec des conseils individuels, et ou en groupe, que j'ai pu apprendre que mon garçon Fils a encore de la valeur. Avant, je trouvais que la mort traîne. Je le battais, son oncle le battait. Est-ce vraiment de ma faute ? Ce sont, à travers moi, mes problèmes qui le battaient, tant ces problèmes m'accablaient. Il n'y avait plus d'humanité en moi. J'étais comme une hyène. En fait, je ne comprenais pas pourquoi. Même maintenant, je ne comprends pas, mais ce que je sais, c'est que le groupe m'a aidée à ne plus craindre la maladie, mais mon fils avait tout payé.

⁶⁷ Je reprends le terme de la patiente, qu'elle utilise à travers une interférence linguistique, d'ordre lexical : « *gutorutira* ». C'est en fait le verbe « torturer » qu'elle forge en kinyarwanda dans sa forme infinitive. Gu+tortur (er) + a

L'histoire d'Ariane n'est pas exhaustivement présentée. Nous ne retenons que les éléments saillants, avec l'idée de nous en servir pour approfondir les autres réalités qui apparaîtront dans la nouvelle population. L'exil, les viols, la disparition des membres de sa famille sont des éléments qui ont marqué potentiellement la vie d'Ariane. Les premières expériences de viol ont eu lieu chez Ariane, à l'âge de 20 ans, tout au long du chemin d'exil vers la République Démocratique du Congo. Cela survient à la suite de la séparation d'avec les autres membres de sa famille. En raison de l'union forcée, de la séparation subite dans un contexte de violence, l'individuation en processus de construction s'impose comme irréprésentable chez Ariane. La disparition de son « mari » fut le facteur déclenchant de toute sa souffrance qui se manifeste en une agressivité incontrôlée. Cette agressivité qu'elle devrait orienter vers le père de son fils, celui qui fut l'un de ses violeurs et qui lui a peut-être infligé le sida (pense-t-elle), puis a vite disparu après tout son effort de lier sa vie à la sienne, fut orientée vers Fils. C'est lui qui a tout payé : coup, injures, privation de nourriture au point que la confusion s'installe chez Fils : « *Maman, es-tu réellement ma mère ? ... Qui est mon vrai père ? ... Demande à maman si elle est réellement ma mère.* »

Ariane est une de ces femmes dont l'histoire est cohérente. On ne s'étonnera pas du fait qu'elle ait, par la suite, connu une amélioration remarquable. Mais elle fréquente plusieurs groupes de soutien, ce qui nous apprend à bien prendre en compte la force et les limites de certains groupes, et la dépendance, possible, de certaines personnes, qui comme Ariane connaissent des difficultés d'individuation.

A travers la situation d'Ariane, se cache un thème fort présent, mais qui fut voilé par son agressivité envers son fils chaque fois qu'il tentait de lui demander des nouvelles de son père. Il s'agit donc du thème du secret ou du silence de la mère. Nous amorçons ces thèmes dans la situation clinique qui va suivre, celle de Linda. Cette dernière commence déjà ses propos en mettant en évidence le thème du secret. Il pèse lourdement sur elle et nous pensons que c'est bien les mêmes enjeux que pour Ariane. Pour le cas qui va suivre, s'en débarrasser serait préférable, mais elle en tire des profits potentiels quant au maintien des liens familiaux qui se défaisaient petit à petit. C'est ce que nous allons aborder dans les lignes qui suivent.

3.2.6. Linda, « Je garde un secret lourd »

Éléments biographiques

Linda est née en 1972. Elle a perdu toute sa famille pendant le génocide, y compris le mari qui l'a quittée sans même voir son premier enfant dont Linda était enceinte. Elle est actuellement mère de 5 enfants ; seuls les deux premiers sont infectés par le VIH/sida : sa fille aînée, du premier mari, et sa seconde fille qu'elle a eue avec le mari actuel. Les deux enfants partagent le secret avec leur maman au sujet des soins liés au VIH.

Elle a pris connaissance de son statut sérologique en 2000 lors de la consultation prénatale pour le 3^e enfant. Elle a passé un certain temps dans le déni, puis quand elle a

appris le diagnostic pour ses enfants, elle a perdu connaissance. Elle a repris courage progressivement, mais les conflits intrafamiliaux ont éclaté sur fond de l'enfant qui n'appartient pas au mari actuel.

Linda fait partie du groupe de soutien pour la violence domestique. Le problème ne s'est apaisé que grâce à l'intervention du Centre *Isange, one stop center for domestic violence*. Cependant, le secret « *reste un grand fardeau lourd à supporter* » et c'est la question qui la pousse à participer au groupe de soutien. Elle témoigne sa reconnaissance à WE-ACTx pour toute l'assistance aux enfants.

Le thème le plus saillant chez elle est le secret.

L'entretien s'ouvre avec un sourire de la part de Linda, suivi de ce mot-phase pour faire allusion à la question que nous travaillions avec elle jadis. « *Na n'ubu ! (jusqu'à présent !)* » Sous-entendu, la question n'est toujours pas résolue. Cette question est bien visible dans ces propos qui se placent tout au début de l'entretien, avant même que nous lui présentions l'objet de notre rencontre, après plus de 12 mois sans se voir dans ce cadre. « *Na n'ubu !... Je garde un secret lourd, mais c'est le pilier de mon foyer, s'il l'apprend, il peut mourir avant le temps* ».

Chez Linda, le mari ne connaît pas le statut sérologique de sa femme. Même certains de ses enfants gardent le secret pour eux. Linda se demande si la violence de son mari à son égard vient du lourd secret dont il a peut-être eu connaissance, suite à une fuite d'information. Ces conflits sont axés sur la fille, Yvonne, qui ne lui appartient pas. Linda doute que ce soit la vraie raison, parce que cet homme avait décidé lui-même de faire sa vie avec Linda, connaissant bien l'existence d'Yvonne. Cela fut l'objet de leur discussion avant leur mariage. Linda visite le groupe de soutien non pas seulement pour l'impact du VIH sur elle, mais aussi et surtout pour les conflits intrafamiliaux qui devenaient de plus en plus accablants. Son orientation vers le Centre *Isange One stop center for domestic violence* par des membres de groupes de soutien, a été salutaire pour Linda. Son mari paye aujourd'hui le minerval pour tous les enfants, y compris Yvonne qui vit avec le VIH. Yvonne est née du premier mari de Linda, qui est mort pendant le génocide. Bref, le mari assume aujourd'hui toutes ses responsabilités. Il reste néanmoins que Linda est obsédée par le VIH qu'elle porte, dans un secret d'autant plus lourd qu'il n'est pas partagé par son conjoint. De jour comme de nuit, Linda en est hantée. La nuit, elle ne connaît pas le sommeil. Avant ce deuxième mari, elle avait été violée pendant le génocide. Le père d'Yvonne fut assassiné après avoir vu ce drame. Ces questions de Linda ne trouvent jamais de réponses : le Sida m'est-il venu des violeurs, ou est-ce le fait du premier mari, le père d'Yvonne ? Le second vit-il aussi avec le virus ? La question est restée ouverte dans l'esprit de Linda. Seule une certitude l'habitait : elle avait déjà le virus avant son mari actuel.

D'une part, la quête de l'origine « du mal » ronge Linda, et la ronge d'autant plus que le « mal » est enfoui dans un coin isolé de son psychisme. D'autre part, le secret pèse. Quand elle veut révéler ce secret si lourd qu'elle garde depuis plusieurs années, une barrière s'intercale :

Qui sait ? Peut-être que lui aussi a le sida! Si je lui dis la vérité, il va me mettre dehors. Où irai-je avec tous ces enfants ? Il le sait très bien que je suis orpheline, je n'ai nulle part ailleurs où aller, je ne vais donc pas me mettre dehors moi-même. Non seulement ça, et si je lui dis ça, va-t-il résister ? Je garde un lourd secret, mais c'est le pilier de mon foyer. Je jure que je ne le dirai jamais, peut-être arrivera-t-il qu'on aille se faire dépister ensemble. Si nous sommes tous infectés,... là, personne ne pourra accuser l'autre. Si j'étais seule à avoir le virus, ce serait autre chose. Je suis prête à payer le coût. Mais franchement, je ne peux rien dire. Pour mon bien, et pour son bien. S'il l'apprend, il mourra avant que le temps n'arrive. ... Sa peur me fait aussi peur.

Nous apprenons de Linda que les secrets à l'intérieur du cercle familial peuvent être, d'une part, source d'une relative stabilité et, d'autre part, générateurs de révolte intérieure. Ces secrets sont souvent imposés par les situations du moment, ou recherchés par le porteur pour tenter de maintenir des liens, en réalité artificiels ou superficiels. On peut s'imaginer l'ampleur du secret qu'elle jure de maintenir entre trois des sept personnes qui composent son foyer. Linda avait perdu beaucoup de membres de sa famille pendant le génocide ; en cherchant à fonder un nouveau foyer, elle procédait à un processus de compensation psychologique et elle a peur de le perdre encore. Le foyer apporte un renouveau dans sa vie, une autre source de vie pour elle. Nous avons l'impression que le VIH, qui a fait son intrusion, a empêché la dynamique du deuil pour les premières pertes. Avec le nouveau foyer, elle voulait tourner la page, rendre le VIH inexistant, sous les murailles du secret et du silence, imposés par la violence déjà subie et la peur de l'ampleur que cette violence pourrait prendre une fois que le secret ne serait plus maintenu. La violence dont il est question est celle que Linda a subie pendant le génocide. Il s'agit aussi de la violence psychologique qui a tant caractérisé sa nouvelle vie conjugale, cette dernière étant axée sur l'existence de la jeune Yvonne que Linda avait mise au monde avec son premier conjoint décédé pendant le génocide.

On ne fait pas seul un travail de deuil, il ne se fait même pas toujours en silence. Dans de telles situations, le sujet a besoin d'être entouré par des proches, qui sont capables de l'écouter. Pour Linda, son mari, la seule personne à qui elle peut se confier, ne le peut pas. Outre la distance géographique imposée par le travail de l'homme, il y a aussi cette distance affective que « l'enfant de l'autre » a instaurée entre sa mère et son mari. Un dicton rwandais dit : « *Umwana w'undi abishya inkonda* », pour dire « Fils/fille d'autrui passe toujours pour pire que le vôtre ». C'est un dicton culturel dont la signification entre en contradiction avec bien d'autres qui octroient à l'enfant une place au soleil de sorte que toute personne lui accorde ce dont il a besoin.

La souffrance de Linda n'épargne pas sa fille qui recherche une filiation paternelle, en vain. Le mari de sa mère, qui l'avait accepté avant le mariage, a changé d'avis : il payait le minerval pour ses quatre autres propres enfants, et non pour Yvonne. C'est surtout le regard porté sur Yvonne qui divise visiblement les parents et qui soulève des questions entre les enfants. Yvonne est connotée comme étant « l'enfant de l'autre », « l'enfant de la femme », ce qui la prive d'une appartenance paternelle. C'est toute cette dynamique que Linda cache dans les murs du silence et des secrets qui pèsent lourdement. Tourner la page est le seul moyen de survivre. Le seul espace où elle a pu s'exprimer, c'est dans les groupes de

soutien. Nous soulignons deux effets bénéfiques du groupe de soutien pour Linda. Cependant une question reste en suspens autour de sa traversée traumatique et du devenir de sa fille mise à la marge par la personne qu'elle a tant considérée comme père.

Grâce au travail fait en groupe, Linda a pu partager avec sa fille Yvonne certaines informations qui la concernent. Depuis 2009, quand Yvonne avait l'âge de 15 ans, sa mère a décidé de lui dire la vérité en rapport avec son père et son statut séropositif. Cet échange entre fille et mère a été bénéfique – après un long travail –, car la jeune fille ne pose plus de question à propos de sa paternité. Serait-ce là une reconstruction, ou le conflit reste-t-il en latence ? Yvonne peut aussi prendre les médicaments régulièrement sans plus d'autres questions comme avant. « *Pourquoi nous et non Yves et Yvette ?* », son demi-frère et sa demi sœur ; le cadet n'est pas cité.

Un autre effet bénéfique du groupe est de l'ordre de l'information que Linda a reçue des membres du groupe qui ont connu des violences domestiques comme elle. « *One stop center for domestic violence s'occupe de ce genre de violence avec compétence. Vas-y, ne leur cache rien. Tu verras et tu nous diras...* », Avait-elle entendu de l'un des membres du groupe qui avait été dans ce centre pour un problème de violence domestique. Effectivement, depuis que Linda y est aussi allée, son mari paye le minerval pour tous les enfants et ne met plus sa femme dehors, avec des paroles hargneuses envers Linda et sa fille.

Et Linda de clore notre entretien :

Je garde un mauvais secret, mais jamais, jamais, je ne lui dirai rien. Je garderai ça jusqu'à la mort ; s'il arrive qu'il l'apprenne, ça ne viendra jamais de moi (Avec un sourire). Voilà, moi je reste telle que tu m'as laissé, le reste de la vie ça va, je ne pleure plus, ...mais le secret je le garde encore et je le garderai jusqu'à ma mort. Ça c'est ce qui me concerne, pour le reste je remercie infiniment WE-ACTx, particulièrement parce qu'il s'occupe de nos enfants infectés.

À part Linda, qui a pu tourner immédiatement la page et refaire sa vie, les trois autres mères que nous avons interviewées nous ont exprimé leur vécu malheureux avec le VIH, d'une part, et une idéalisation du travail opéré par le groupe, d'autre part. Lucie, la toute dernière dame que nous avons rencontrée dans la clinique de WE-ACTx nous a parlé de sa « mort momentanée » qui a suivi l'annonce, comme Linda, quand elle a appris le statut sérologique de son enfant. À travers son expérience, on déchiffre plusieurs thèmes. Voyons en résumé sa situation, en mettant en évidence ces thèmes, avant de faire la synthèse des enseignements que nous pouvons retirer de ces entretiens évaluatifs.

3.2.7. Lucie : « ...je me suis évanouie comme quelqu'un qui meurt »

3.2.7.1. Éléments biographiques

Lucie ne connaît pas son âge. Il nous est difficile de l'estimer, nous la trouvons simplement de petite taille. Elle ne se rappelle même pas ce qu'elle avait fait mentionner dans sa carte d'identité qu'elle n'a pas sur elle au moment de l'interview. Pour évoquer son âge, elle dit : « *Quand la guerre éclata, j'étais déjà mère de trois enfants* » ; l'indication ne permet toujours pas de se repérer par rapport à son âge. Selon ses propos, son premier mari est mort pendant la guerre et après elle a refait sa vie avec un autre, et a eu aussi 3 autres enfants de lui. En plus de ces 6 enfants, Lucie a ramené aussi un autre garçon, de la famille élargie, pour l'éduquer après la mort de ces parents en 1997 à cause du sida. C'est donc une famille très nombreuse sous le même toit.

Elle a pris connaissance de son statut sérologique en 1999. C'était à l'occasion du courant de dépistage volontaire organisé par la sensibilisation d'un des organismes humanitaires qui étaient nombreux à cette époque. Lucie et son conjoint sont allés en couple car elle était enceinte. C'était l'ordre ! Exceptionnellement, Lucie est l'une des personnes qui ne cache pas son statut sérologique. Elle fut d'ailleurs utilisée par cet organisme pour donner son propre témoignage.

À l'annonce du statut sérologique positif, elle s'est évanouie ; elle n'a intégré son statut que progressivement. Comme toutes les autres mères interviewées, sauf Jeanne, Lucie fut intégrée dans les groupes de soutien pour un problème de violence domestique depuis 2007. Elle venait aussi pour son enfant adopté surnommé Boss. En famille, il était connu comme « enfant difficile » et fut intégré dans le groupe des enfants pour cette raison et pour la non adhérence au traitement. Le groupe a été pour lui un lieu de partage et de formation. Lucie apprécie surtout les groupes d'enfants car, depuis que Boss a commencé à y être régulier, « *au moins il prend ses médicaments.* » La seule recommandation qu'elle nous donne, c'est d'appuyer les groupes de soutien en besoins primaires élémentaires effectués par l'assistante sociale.

Les thèmes les plus saillants sont, entre autres, « la mort momentanée » qui suit l'annonce, le couple séro-discordant, l'enfant de l'autre et le rapport avec *Imana*. Ce dernier thème est bien pris en considération, mais ne sera abordé que dans la nouvelle population.

Comme toutes les autres mères interviewées, Lucie ouvre son récit en soulignant le rôle des groupes de soutien. Elle décrit son état et montre clairement les effets des soins dont elle a bénéficié dans la clinique de WE-ACTx, et poursuit avec sa vie avec le VIH. Lucie est la seule patiente que nous avons rencontrée qui décrit son histoire sans interruption ni moments de silence qui traduisent une souffrance, ou *le gouffre infranchissable*. Plusieurs éléments, formels et informels, y ont peut-être contribué comme nous allons le voir dans son long récit.

Au début, j'étais vraiment triste, mais WE-ACTx m'a accueillie et m'a donné les soins nécessaires, et m'a insérée dans les groupes de counselling. Je dirais qu'ils m'ont tirée de

loin là où je demeurais dans l'ignorance. Mais, arrivée dans la clinique de WE-ACTx, ils ont décidé de m'indiquer un lieu de rencontre avec les autres mères pour se donner des conseils mutuellement. Depuis lors, je me suis améliorée petit à petit, pour le moment je vais bien, tu le vois toi-même, je ne suis plus comme tu m'as laissée lors de ton départ. Grâce au counseling de groupe et individuel, je vais bien. J'avais su ce problème en 1999. Je suis restée avec, ça m'a fort blessée et m'a renvoyée loin dans les pensées. Matin, soir, je me creusais la tombe (mentalement). Je me disais que si je ne meurs pas le matin, je peux mourir le soir, que si je ne meurs pas aujourd'hui, je pourrais mourir demain. Dans cette période, la stigmatisation était très importante. Un jour, en 2000, je me suis confiée à une personne que je considérais comme mon amie : « ...même si j'ai mis au monde, je crois que mon enfant pourrait mourir et moi-même. » Malheureusement, elle a divulgué ça à plusieurs personnes de façon que tout le monde dans mon environnement l'a su. Pendant ce temps-là, quand on entendait que telle personne était infectée, on disait que c'est un grand malheur qui lui tombait dessus (ishyano ryaguye). Car, avec le sida, les gens disaient directement que les jours pour cette personne étaient limités. Je me souviens d'une personne qui venait jusque devant ma porte et rigolait en disant : « Oh, le sida ». Tu t'imagines si on rigole ainsi pour une chose qui t'habite, sans doute tu es blessée. Ainsi ils me haïssaient, ils m'ont isolée et moi-même je me suis isolée, je me creusais la tombe chaque instant de chaque jour. Je suis restée dans cet état pendant un certain temps. Finalement, le fait de divulguer ça m'a quand même poussée à le dire moi-même, et par conséquent à le faire sortir de moi et ainsi ça m'a reposée. Je voulais en même temps combattre cette honte et affronter les menaces de mon environnement stigmatisant. Je pesais 38 kg et quand j'ai commencé à affronter ça par le fait d'en parler, j'ai gagné 10 kg de plus et j'en ai eu 48. L'une des difficultés que j'ai rencontrées, c'est la stigmatisation. Franchement, je ne pouvais demander du feu à aucun voisin, mes enfants ne pouvaient pas aller manger ni jouer avec les autres, je ne pouvais même pas demander de l'eau à boire, ni même toucher la tasse d'autrui. Si je touchais l'objet d'autrui, il le jetait immédiatement. Avant de venir à la clinique de WE-ACTx, j'avais commencé de me battre autrement. Personnellement, je me suis appropriée ce problème et j'ai pu l'intégrer en moi en 2003. C'est pendant cette année, que j'ai rencontré un prêtre consolateur, qui m'a encouragée et m'a conseillé de le dire à la maison des jeunes, et nous avons commencé à nous rencontrer là-bas pour prier. Les autres n'ont pas voulu témoigner. Quand les gens l'ont entendu, ils ont rigolé et certains m'ont raisonnable en me disant : « Tu sais que tu as des enfants, garçons et filles ; qui viendra chez un sidéen pour demander la main de tes filles ? » Je leur ai dit que ça ne me faisait rien, que je n'avais plus besoin de chercher un mari, que même si on m'abandonnait, je vivrais. « Qu'ils viennent demander la main de mes filles ou pas, ça m'est égal ». Depuis lors, j'ai propagé ça dans les groupes de différentes personnes ; n'importe qui me demandait ça, je lui disais : « Oui, c'est vrai. Sauf que les médecins nous épargnent de la honte, si non, nous sommes tous malades. Ce qui peut être utile pour chacun d'entre vous, c'est d'aller vous faire tester ». Je me suis intégrée ainsi, j'ai commencé à le dire dans les différents coins du pays et tout le monde me pointait du doigt en disant : « Voici la femme malade du sida. » Ça ne me disait rien, je disais : « Oui, c'est vrai, viens aussi que je t'accompagne jusqu'à la clinique pour te faire tester ». (...)

De ces longs propos de Lucie, on déchiffre la représentation de la maladie comme étant la mort, la stigmatisation bien présente dans son environnement, l'accentuation de la croyance en Dieu comme lieu de refuge. Lucie a pu s'en sortir par le courage de ne pas se laisser faire. Contrairement aux autres patients qui préfèrent cacher leur maladie, Lucie en

témoigne et encourage les autres à se faire tester. « Une telle force vient de Dieu », dit-elle. Et elle poursuit :

Nous avons plutôt formé un groupe des patients pour prier. Nous nous sommes abandonnés à Dieu, car nous étions stigmatisées et nous savions que nous allions bientôt mourir. Je te dis que matin, soir, de jour en jour je creusais ma tombe. Je ne suis arrivée dans la clinique de WE-ACTx qu'en 2007.

Nous avons voulu explorer comment Lucie est arrivée au système de soins médico-psycho-sociaux et son jugement là-dessus. Elle en parle en articulant son vécu après l'annonce et le soutien d'après :

J'étais enceinte ; moi et mon mari sommes allés nous faire tester à la consultation prénatale. Mon mari fut dépisté VIH négatif et moi, positive. Quand on m'a annoncé ça, je me suis évanouie immédiatement comme quelqu'un qui meurt. J'ai pu revenir sur la terre en voyant les gens autour de moi avec une cannette d'eau qu'il me versait dessus pour me ramener à la vie. Pendant que j'étais dans cet état, les soignants s'occupaient de mon mari en lui donnant des informations en rapport avec la façon dont il devait me traiter. Heureusement, il les a comprises et est resté avec moi. Quelquefois, lui aussi il allait très loin, il s'inquiétait de ce que je pourrais me suicider, car j'avais déjà fait une tentative.

3.2.7.2. La vie dans la sérodiscordance au VIH

Moi et mon mari nous continuons à vivre normalement, seulement les gens du dehors s'ingèrent dans notre vie et lui inculquent de mauvaises idées sur moi, car c'est un mari avec qui je vis après la mort du premier. C'est ce problème seulement qui a bouleversé notre vie de couple et ça m'a beaucoup blessée. C'est d'ailleurs ce dont je souffre, c'est pour ça que je me fais soigner. (En insistant et avec tristesse). Les gens du dehors lui disent : « Tu vois que ta femme est malade du sida, que bientôt elle va mourir, peut-être demain ; et les enfants vont te faire sortir de la maison, où ira-tu ? ». Lui aussi rentre ivre, m'insulte et me lance des paroles hargneuses : « toi, femme pourrie, tu vas bientôt mourir, que fais-tu encore sur terre ? » Elle reprend la phrase de son mari en imitant son ton, mais avec les yeux larmoyants. Ça m'a rendue donc triste, je suis arrivée ici étant sur le point de mourir chaque fois que je pensais à ces insultes. Mais dans ces groupes, j'ai été fortifiée par les conseils et les témoignages des autres. J'ai pu adhérer aux médicaments, je suis bien.

Vivre avec le VIH demande un effort gigantesque de la part de la personne infectée. Il est vrai que les systèmes de santé mettent en place le nécessaire pour l'accompagner. Mais par ailleurs l'environnement est plutôt sensible à d'autres éléments destructeurs liés à la conception ambiante du VIH. Particulièrement, s'il s'agit de la mère qui est infectée dans le couple, la situation familiale se détériore. Les problèmes de la mère séropositive ne sont pas isolés. Ils sont toujours liés à d'autres enjeux socioculturels et affectifs, outre la souffrance biophysique que toute personne infectée peut avoir. Hirsch (1994) cible entre autres, la conception du sida comme une maladie de la vie, terreur et désespoir d'une mort annoncée. Lucie avait bien intégré son statut et est toujours asymptomatique. Ce n'est que quand l'environnement le plus proche, son mari, commence à la haïr que son système de défense psychique s'affaiblit (Thomé, 1989).

Ces propos montrent l'ambiance qui règne dans le couple de Lucie et son mari.

... Dans la famille ? La vie de la famille ! Je ne fais que patienter. Je sais seulement que je suis mari et femme en même temps. Je dois me démener pour trouver à manger, pour chercher du matériel scolaire, des vêtements pour tous ces enfants, même les siens. Heureusement Dieu m'aide et je trouve le nécessaire... En famille, pas de changement, le mari refuse de m'accompagner à la clinique pour écouter les bons conseils des soignants, il ne va qu'au cabaret et ne revient qu'avec les mauvais conseils qu'il ramasse chez les voisins... Actuellement... (Silence prolongé avec des rides sur le front et avec un regard autoritaire) c'est moi qui ai la parole. Je dis que c'est moi qui ai la parole parce que c'est moi qui fais tout pour nourrir la famille. (Avec l'humeur triste) Le mari est là et est nourri comme tant d'autres enfants. Cette situation me rend triste, vraiment triste, et ça passe (elle répète) ça me rend triste et ça passe. Voilà, c'est ça la vie. Il arrive même que ça puisse m'apparaître comme si ça n'existait même pas. (Triste avec des larmes dans les yeux qu'elle essaie de contenir). Je ne sais même pas comment me débarrasser de lui. Je t'avais dit que je l'avais chassé et il m'a suppliée et est revenu. Je me suis dirigée vers les autorités locales, et elles m'ont fait savoir que ce ne sont pas elles qui nous avaient unis. Même s'il part, il revient ; un jour il est parti... (silence) tu sais pour nous les femmes, nous sommes amères, mais en même temps douces... (Elle s'arrête dans un étonnement avec un sourire non prononcé).

Nous apprenons d'elle qu'en fin de compte « *aucun mal ne rassemble à l'autre* ». Elle voulait simplement nous faire part de ces épreuves tout en nous signifiant que, même s'il y a des conflits dans sa relation de couple, le mari est là, au moins il existe dans sa vie et lui procure un nom. Femme, mère et non veuve, ou femme libre « *où n'importe qui entre et sort quand il veut* », affirme Lucie. Nous comprenons que son mari joue seulement un rôle symbolique permettant à cette famille « de trouver place dans la société », mais qu'en réalité toutes les responsabilités sont sur les épaules de Lucie. Elle accepte ainsi de subir la dévalorisation à l'intérieur de la part de son mari, juste pour contrecarrer celle qui peut provenir du dehors. Elle s'ajoute le rejet, le choc lié à l'annonce, la honte, la mauvaise perception de l'image de soi et bien d'autres problèmes qui accablent la personne vivant avec le VIH. Les groupes de soutien ont été pour elle un lieu où elle puise l'énergie pour gérer tout ça. Pour elle, « *le groupe est un lieu de partage et de formation.* »

Abordons maintenant le thème de l'enfant de l'autre que Lucie a intégré dans la famille après la mort de ses parents.

3.2.7.3. L'enfant de l'autre vivant avec le VIH

« *Uwo uzaheka ntumwisha urume* ». Ce dicton rwandais est prononcé par Lucie vers la fin de notre entretien. Il peut se traduire littéralement par « On ne peut pas laisser dans la rosée l'enfant que l'on va porter sur le dos ». Bien que dans ce contexte Lucie fasse allusion à l'enfant de l'autre vivant avec le VIH sur qui elle doit veiller, ce dicton fait aussi allusion à l'ensemble des responsabilités qui imposent le devoir de ne pas remettre à demain ce que l'on n'aurait dû faire aujourd'hui. La responsabilité remarquable que nous attribuons à Lucie se traduit non seulement par ce qu'elle est pour ses enfants, pour ceux de son mari, mais aussi pour l'autre enfant qu'elle avait amené chez elle pour l'éduquer, après la mort de

ses parents suite au VIH. Cet enfant apparaît dans les propos de Lucie sous le surnom de Boss. Il lui est arrivé, alors qu'il était encore petit et vivant aussi avec le VIH. Au moment de notre entretien, il a 17 ans. Par ses questions, Boss a tant causé d'ennuis à Lucie qui ne sait pas toujours comment y répondre. Au fur et à mesure qu'il grandit, « *il casse, il tape, il ne craint rien, voire il amène des filles dans la maison, il fait ce qu'il veut quand il veut* ». Lucie en témoigne : l'histoire est tellement enchevêtrée qu'elle ne se limite pas à l'enfant, elle s'étend aux autres membres de la famille élargie sensiblement ravagée par le VIH. Nous y apprenons que dans la période post génocide, les problèmes de filiation, d'appartenance, deviennent complexes. Écoutons Lucie nous les détailler :

... Boss est actuellement un homme. Avant, je parlais et il m'écoutait. Mais pour le moment...

(Silence, puis elle nous ramène en mémoire son histoire que nous connaissions) *Tu te rappelles qu'il s'agit d'un enfant difficile qui a vécu dehors pendant plusieurs années. Je l'ai amené à la maison étant comme un petit enfant qui s'est éduqué lui-même. C'était après la mort de sa mère en 1997. Sa mère était la femme de mon oncle, c'est-à-dire la belle-sœur de ma mère. Après la mort de sa mère, c'est ma mère qui a pris le relais pour l'éducation de Boss ; finalement je l'ai intégré chez moi pour le faire tester, il n'avait pas assez de CD4, je crois 25 seulement. Il a commencé directement le traitement antirétroviral. Quelquefois, il les prenait, ou il les cachait, c'était ma tâche de fouiller partout pour les retrouver et le stimuler pour les prendre. Il me posait des questions :*

« Mais dis-moi pour combien de temps vais-je prendre ces médicaments ? ». Je lui ai dit :

« Pour toute ta vie ».

« Mais toi tu m'as dit que tu es aussi malade, pourquoi tu ne prends pas les médicaments ? ».

« Il n'est pas encore temps pour moi ».

Et pourquoi mes parents sont-ils morts alors que tu m'as dit qu'ils prenaient des médicaments ?

... (Silence) Boss ? Actuellement il m'a quittée pour s'installer dans une autre famille tout près. Je crois qu'il est corrompu par les voisins. Il vit dans une maison tout près, mais les portes sont situées face à face. C'est tout près, je dirais même que je peux savoir si quelque chose de grave lui arrive. (Trop de silence) Un jour, avec les autres enfants de même âge, ils ont ramené une pute et il fut battu fortement. C'est ça la vie de Boss... Silence, mais... il adhère bien au traitement, il va toujours dans le groupes des enfants, mais son éducation m'est difficile.

Nous apprenons des propos de Lucie la tâche la plus difficile, celle d'éduquer l'enfant de l'autre, voire son propre enfant dans le contexte post génocide. Les causes en seraient-elles liées à l'étendue démesurée des responsabilités des parents vis-à-vis des enfants consécutives à la monstruosité qui a caractérisé la guerre et le génocide ? Seraient-elles liées à la question de parenté qui n'est plus nécessairement déterminée par la consanguinité ou la légitimité comme les recherches récentes l'ont souligné. (Uwera Kanyamanza & Brackelaire, 2011 ; Uwineza & Brackelaire, 2014). La situation de Lucie et de Boss nous a préparée aux questions liées à la tâche de solidifier les liens entre la mère et les enfants des autres, fort fréquents au sein de l'AVEGA.

3.2.7.4. Approcher l'autre et l'aider à vaincre la stigmatisation

Nous avons remarqué quelque chose de particulier chez Lucie, lié à la façon de raconter son histoire. Elle est fluide, contrairement aux autres personnes, même si quelques moments de silence sont remarquables à propos de ses relations avec son mari et avec Boss. Serait-ce dû à la confiance qui date de plusieurs années, ou encore au parcours personnel propre à Lucie ? Les deux nous semblent peut-être vrais. Mais Lucie avait aussi organisé personnellement ses propres stratégies, avant même d'être accompagnée par le groupe de soutien. C'est peut être suite aux antécédents avec le VIH dans sa famille. Voici ce qu'elle en dit :

Moi, j'ai porté ce problème dehors car il a m'embêtait. J'ai vu plusieurs personnes qui en étaient victimes. Ma tante maternelle, la petite sœur de ma mère, vit avec le VIH/SIDA. Mon oncle et ses femmes sont morts du sida. Il y avait même une femme que j'aimais plus que tout : elle est morte dans mes bras ! Même les amis intimes sont morts en ma présence. Et puis comme je le disais, ce n'est pas un problème qui m'appartenait seule. C'est un défi pour beaucoup de monde. Ce que j'ai vite acquis, c'est que, quand on a un abcès et qu'on ne le perce pas, ça ne peut jamais guérir.

A travers les groupes de soutien, Lucie a retiré assez de force pour résister aux conflits intrafamiliaux et a pu apprendre les attitudes positives pour un couple séro-discordant. Au regard des problèmes de Lucie, ils sont relativisés par le fait de rencontrer d'autres personnes dans différents espaces. Dans les groupes de soutien de WE-ACTx, elle est intégrée pour le thème de la violence domestique. Elle nous a avoué que cette violence persiste, mais qu'elle trouve dans le groupe un lieu de partage. Sur cette question, nous pensons que le volet psycho-social à lui seul ne peut se suffire à résoudre les problèmes de violence domestique. Étant donné que sa situation n'a pu être traitée par l'appareil judiciaire, selon les propos de Lucie, « *Je me suis dirigée vers les autorités locales, et elles m'ont fait savoir que ce ne sont pas elles qui nous avait unis* », il nous semble que Lucie a accepté ce mode de fonctionnement, juste pour garder l'identité de « femme d'untel », comme le prescrit la culture rwandaise.

...Avant, j'ai tenté même de me suicider. Et pour le dire, j'ai tiré la force chez une femme dont je t'ai dit qu'elle a travaillé à World Relief. Cette institution nous a donné de la nourriture, surtout la farine de sosoma et de la farine pour la pâte jaune, et on était obligé de se montrer aux autres parce qu'on avait besoin de cette assistance. Un jour cette femme m'a amenée chez d'autres qui m'ont donné leur propre témoignage ; dans notre quartier, il y a eu une réunion discrète. J'ai vu beaucoup de monde, même des intellectuelles, des riches, et je me suis dit : « je ne suis pas la seule dans ce taxi. Même s'il tombe, je ne mourrai pas toute seule »!

C'est donc à cause du VIH que Lucie a perdu de nombreux êtres chers et proches : son mari, ses amies et la famille de son oncle. En famille, Lucie supporte de lourdes charges, pour faire vivre son mari et son fils adoptif. Lucie nous est apparue comme une mère forte, courageuse, qui possède une énergie psychique étonnante. À la question de savoir ce que l'on peut faire pour renforcer le dispositif de leur prise en charge, elle signale la question de la précarité sociale, particulièrement pour ceux qui sont sous traitement anti-rétroviral.

Moi, je n'ai pas encore commencé les médicaments, mais je sais bien que ceux qui le prennent ont souvent faim. (En riant un peu) S'il y a moyen, donnez aux patients la farine de sosoma. Vraiment c'est difficile avec ces médicaments dans le ventre vide. Moi je n'ai pas encore commencé le traitement, mais je discute avec les autres qui les prennent. Franchement si vous parvenez à nous donner à manger, ça serait le succès total.

La question de la précarité psychosociale, qui s'ajoute aux différents cas de figure de la souffrance psychologique, est un élément commun chez toutes les mères interviewées. Elle s'est toujours manifestée comme un défi pour le travail d'accompagnement psychosocial. Il convient donc d'entreprendre toute activité d'intervention psychologique pour toute personne, une fois que les besoins de première nécessité sont d'emblée assouvis. Les Rwandais le disent clairement à travers un dicton qui a son synonyme en français: « *Amatwi arimo inzara ntabwo yumva* : Ventre affamé n'a point d'oreilles. »

Pour Lucie, le groupe est important, mais il n'est pas perçu comme un lieu de miracles comme tant d'autres mères le caractérisaient. Elle n'était pas membre du groupe de soutien en raison de son statut sérologique, comme c'était le cas pour les autres. Pour Lucie sa demande était liée à la violence domestique. Même si elle ne s'est pas prononcée quant à l'importance du groupe dans son processus de reconstruction, nous avons retiré de son entretien une grande leçon qui nous a servi à faire le choix des nouveaux cas ayant participé à notre recherche-action. Voici ce dont elle nous a fait part quant au dialogue entre elle-même et un agent d'une ONG (X) qui voulait démarrer le projet d'assistance aux personnes vivant avec le VIH.

En cour du chemin Lucie croise un agent de l'ONG :

Agent : « *Eh Madame, j'ai à te parler.* »

Lucie : « *Oui, dites-moi.* »

Agent : « *Connais-tu dans ton environnement les personnes qui vivent avec le virus du SIDA* »

Lucie : « *(Voulant arrêter les questions) Uyinsomyemo ? Niko ! Uyinsomyemo ? Ndakubaza, nsubiza. Uyinsomye ku gahanga ? (Le lis-tu en moi ? Eh ! Le lis-tu en moi ? Je te pose la question, réponds-moi. Le lis-tu sur mon front ?). Si non, pourquoi tu me poses cette question. (Avec un ton agressif) Eh, eh, j'en arrive trop loin ! On lit le sida sur mon visage même en marchant ?* »

Agent : « *Non, madame, sois calme, ce n'est pas parce que je le lis sur toi, mais c'était simplement la demande d'une information. Nous avons un projet pour ces personnes, et nous ne savons pas comment accéder à elles. Raison pour laquelle je me suis adressé à toi.* »

Lucie : « *Chacun connaît son statut pour soi, comment tu penses que je connaisse le statut de mes voisins ?* » *J'ai retrouvé mon calme après 2 heures de discussions, peut-être que ça sera utile pour moi, c'est ce que je me suis dis, et j'ai dit : « Oui, je suis malade. »*

Agent : « *Ne dis plus que tu es malade, plutôt que tu vis avec le VIH.* » [...]

La réaction de Lucie marque l'hypersensibilité frustrante de la personne vivant avec le VIH, une fois que l'on « pointe le doigt » sur elle, comme si on la désignait, ou qu'on l'appelle dans le nom de sa souffrance : « la femme sidéenne ». Le dialogue entre Lucie et l'agent de cet ONG nous questionne sur notre savoir-faire et savoir-être, surtout quand nous

avons à aborder une question aussi délicate que celle-ci. Ça nous a renvoyé à nos premiers jours d'exercice de notre travail dans le domaine du VIH. Après un échange avec une ancienne collègue, elle nous a incitée à être attentive sur ce que l'on peut dire ou pas, particulièrement à propos du SIDA. Nous n'avons pas seulement été mise en garde sur le fait de nommer SIDA sur la personne, mais aussi sur la délicatesse dont nous devons faire montre pour approcher les personnes au cœur blessé. Les situations décrites pour la recherche-action proprement dite témoignent des zigzags faits, jusqu'au point de ne plus savoir quelle métaphore utiliser.

Un constat chez ces mères, c'est qu'elles ont toutes traversé ce qu'elles ont enduré pendant la période d'âge critique. Certaines d'entre elles le disent même : « *Je n'étais qu'une gamine* » ; « *je ne savais pas encore ce que c'est les hommes* » ; « *je n'avais pas encore l'âge de la clairvoyance.* » « *Ma clairvoyance était obstruée* ». À part Lucie qui nous a dit qu'en 1994 elle était mère de 3 enfants sans précision d'âges, les autres étaient à cette période que Masson (2004) connoterait de « moment adolescent ». Jeanne avait 16 ans, Claudette 12 ans, Ariane 20 ans et Linda 12 ans. Les soignants nous témoignent que ce sont les personnes de cette tranche d'âge qui leur causent le plus de problèmes dans la prise en charge.

3.2.8. La voix d'un soignant

Comme nous l'avons signalé, nous avons interviewé 5 membres de l'équipe soignante. Les exigences du travail ont fait que 4 entretiens furent superficiels et le responsable décida que nous ayons un entretien approfondi uniquement avec une des anciennes infirmières. Ci-dessous, nous résumons ce qui ressort de notre entretien.

...Avant, la prise en charge se limitait au seul aspect somatique. Même les soignants, nous ne comprenions pas pourquoi. On se demandait : je finis ma consultation, mon patient m'a dit qu'il n'a pas de soucis, pourquoi dois-je l'envoyer chez l'autre ? Mais, à force de le dire, de le répéter, de souligner qu'il faut prendre un temps avec le patient, nous apprenons qu'ils ont une autre souffrance. Certains nous disaient qu'ils ne dorment pas, et on leur conseillait de se coucher tôt, de ne pas penser et se perdre dans les pensées... Finalement, même les patients eux-mêmes nous rappellent : « Mais, pourquoi moi n'ai-je pas un conseiller ? » ... Chaque soignant, sur son bureau de consultation, dispose de 3 questions qu'il doit absolument explorer : « As-tu souvent un chagrin profond ? », « Ça t'arrive de perdre le goût de la vie ? », « As-tu rencontré des violences ? » ... Actuellement, les soins sont intégrés, même les soignants se rappellent de la complémentarité des disciplines. Souviens-toi qu'auparavant les patients semblaient dans des états dépressifs. La majorité d'entre eux ne prenaient même pas les médicaments anti rétroviraux, mais actuellement, nous connaissons l'importance des soins de santé mentale. Avant, il y a une chose que l'on ignorait : les patients pouvaient prendre les médicaments, les garder sous leur oreiller à cause de la dépression ou les vendre à ceux qui craignent de venir à la clinique. Actuellement, tout a changé, même si les difficultés ne manquent pas, que ça soit pour les parents, les enfants, même pour nous les soignants, je ne t'apprends rien... Maintenant l'équipe est unie.

Pour les soignants, dans la voix de cette infirmière, le dispositif mis en place en faveur des personnes vivant avec le VIH, particulièrement l'apport des groupes de soutien, a apporté des résultats satisfaisants. (1) Ça a permis d'aider les patients à partager leurs expériences de la vie avec le VIH, sans peur du jugement de l'autre. (2) Avec les groupes de soutien, les membres ont pu s'ouvrir les uns aux autres. Ils ont créé une relation de confiance. Ils ont particulièrement permis de réduire les sentiments d'isolement social qui rongent, en général, les personnes vivant avec le VIH. (3) Par conséquent, ces groupes ont permis aussi à ceux qui y avaient participé, de vivre positivement avec le VIH, surtout avec l'adhérence au traitement antirétroviral. (4) Les groupes ont permis de dispenser des soins psychothérapeutiques à un grand nombre de participants en même temps. (5) Le fait de centrer les soins psychosociaux sur la famille a facilité le renforcement des liens entre les enfants et leurs parents et/ou substituts, et entre les femmes et leur conjoint. C'est la seule approche qui a permis de résoudre certains des conflits liés à l'annonce de la séropositivité chez les enfants, et de résoudre les conflits intrafamiliaux axés, par exemple, sur la mésentente entre les conjoints, suite à l'infection par le VIH de l'un ou l'autre membre de la famille. (7) Avec les groupes de soutien, le problème qui a vite trouvé sa solution est aussi celui de la longue période de déni qui suivait l'annonce du statut sérologique positif. Le déni handicapait l'initiation des soins.

Des propos de cette soignante, nous apprenons que, pour rendre le nouveau dispositif plus fonctionnel, il ne faut pas seulement souligner le travail de groupe, ni les séances individuelles. Il faut aussi construire un pont consistant entre les soins psychosociaux que ce dispositif dispense et l'ensemble des soins médicaux. Autrement-dit, il faudra souligner les relations d'interdépendance entre tous les services de soins, afin que tous œuvrent pour soulager le sujet dans sa totalité. L'équipe soignante signale que même si le dispositif est là, on relève nombre de difficultés : difficultés d'adhérence, d'abandon du traitement chez les enfants, surtout chez les jeunes, ainsi que chez les jeunes adultes. Pour ce soignant, « *il faut d'autres stratégies que je ne saurais pas élaborer et mettre au point. C'est à vous de penser.* » Elle souligne que l'on se demande ce qui pourrait arriver pour ces jeunes en l'absence de ce dispositif et que les parents se réjouissent de son existence.

Nous connaissons cette soignante pour avoir travaillé avec elle. Elle était arrivée dans la clinique de WE-ACTx bien avant nous. Elle nous servait toujours de modèle quant à son implication dans son travail. Avant la mise en place du volet psychosocial, même dans ses débuts quand on se cherchait encore, cette soignante était toujours à l'écoute des situations extrêmes. Et voilà qu'elle nous fait part d'une des situations cliniques qui pèsent lourdement sur elle alors que nous allions clôturer notre entretien. Nous y prêtons plus d'attention car il s'agit d'une situation similaire à la thématique qui fait l'objet de notre thèse.

Dans cette logique de prendre un temps avec les patients, il nous arrive aussi d'être surchargés. Tel patient commence, tu ne peux pas l'arrêter, juste pour faire cette référence au conseiller. Je vais te dire : nous avons des situations extrêmes de certaines mères : (elle prend d'abord un temps de silence réflexif) vois-tu les deux mères avec qui tu as commencé.... Ces personnes souffrent doublement, je ne sais pas comment qualifier leur souffrance, leurs

histoires sont atroces. Qui sont-elles ? Ce sont celles dont on a tué leurs maris, qu'on a violées et infectées par le VIH/sida dans ce contexte. Ces mères sont tristes, tristes chaque jour, elles sont toujours tristes. Toutes ces mères infectées pendant les génocides sont tristes. Dans ces jours, nous sommes préoccupées par l'une de ces mères, profondément blessée. Elle fut violée pendant le génocide, fut infectée du VIH dans ce contexte, tomba enceinte ; la fille qu'elle a mis au monde est aussi infectée par le VIH et récemment a mis au monde. Le petit est aussi infecté, et le pire : la fille ne veut même plus suivre le programme de soins. Tu t'imagines ! Quand sa mère insiste, elle lui lance des paroles du genre : « que vais-je chercher qui va au-delà de ce que tu m'as apporté ? » Cette mère est trop triste... Nous en avons d'autres comme elle. Ce que je peux dire, c'est que ces mères qui ont eu le virus du sida, dans le contexte du viol, elles ne se voient jamais dans la vie. Elles croient qu'elles sont bonnes à rien, qu'elles sont inférieures aux autres, qu'elles n'ont plus place dans la société. La vie de demain n'est pas visible pour elles. Même si elles gagnent de l'argent, elles peuvent finir ça en une journée, car elles ne se voient pas dans la vie de demain. Même si je ne prends pas beaucoup de temps avec comme vous autres, mais le peu que je les rencontre, je trouve que les écouter est aussi est une tâche lourde qui demande de la patience. Ce n'est pas pour deux ans, elles avancent d'un pas en avant dans la reconstruction, puis après un certain temps, elles rechutent, finalement elles abandonnent tous les projets de vie, car elles sont très fragiles chaque chose qui se passe, ramènent elles les histoires douloureuses, elles sont fort blessées et trop vulnérabilisées. Elles se voient dans la mort, que tout est fini. Mais, je me dis, que lier son état à la mort, ça dépend de comment elle fut infectée et la vie d'après... Je dirais que nous travaillons avec une population qui vit dans la précarité plus que les autres, il y a même ceux qui viennent pour sortir de chez eux, et vont dans les groupe juste pour y aller mais sans espoir de changement.

La question face à laquelle nous placent ces cas de figures, à laquelle s'ajoute celle de la précarité psycho-sociale partagée avec les autres, trouve difficilement une réponse dans l'immédiat. Elle reste en marge du dispositif. Au sujet de la dépendance au groupe, ce soignant nous a fait remarquer qu'il fallait d'abord fixer les objectifs, déterminer qui doit y entrer et quand il faut initier les nouveaux groupes, cela parce qu'il y a des personnes qui ont développé une dépendance et qui en abusent. C'est le cas de certaines mères qui fréquentent les 6 groupes de soutien, dans différents quartiers de la ville de Kigali. L'une d'entre elles l'a avoué, lors de l'entretien d'évaluation.

3.2.9. Groupe de soutien, dispositif à transposer à titre de synthèse

Concluons d'abord sur ces entretiens évaluatifs : notre objectif n'était pas d'aller en profondeur pour chaque situation. Pour l'heure, notre analyse ne vise qu'à nous informer sur ce qui nous a été utile pour la nouvelle population, sur le nouveau terrain. Le fait de procéder ainsi n'est pas signe que nous ignorions cette assertion de Muchielli (2009, p. 205) qui nous rappelle bien que les phénomènes humains appréhendés par les méthodes qualitatives sont en général uniques, non reproductibles. Nous avons procédé ainsi pour rester fidèle au principe méthodologique que nous nous sommes assigné, en rapport avec le dispositif à mettre en place.

Le seul objectif visé, rappelons-nous, était de se référer à l'idée d'ensemble et au jugement que chaque cas porte sur ledit dispositif de jadis. Ainsi sans ignorer qu'il faut détailler les dimensions aussi bien pratiques que théoriques, le nécessaire pour initier le nouveau dispositif est bien présent dans les situations que nous avons pris le soin de décrire tout au début en mettant en évidence les éléments biographiques qui permettent d'appréhender globalement le sujet. Nous avons privilégié l'émergence de thèmes dans le contexte particulier de chaque personne, son vécu après l'annonce qui est, dans la plupart des cas, fonction de la conception que la personne a du VIH/sida, son récit autour du VIH/sida et/ou autres événements marquants, ainsi que son jugement quant au groupe de soutien. Le rapport du sujet avec « *Imana* » est aussi un thème fort présent ; nous l'avons réservé pour la recherche proprement dite.

Nous avons cependant remarqué que tous les récits ont un trait commun. La conception du VIH/sida est étroitement liée à la mort. L'annonce est directement vécue comme une mort. Un choc insupportable. Il y a même celles qui se sont évanouies, comme Lucie et Linda (à la prise de connaissance de l'annonce de la contamination de son enfant). Tout au début de notre travail avec les personnes vivant avec le VIH/sida, l'hypothèse liée à la cohabitation de la vie et de la mort dans le psychisme de la personne s'était construite en nous. Nous pensions que cela est peut être lié à la mort qui avait pris le dessus au Rwanda pendant le temps de guerre et du génocide perpétré contre les Tutsi en 1994. Cette hypothèse fut carrément infirmée. Toutes les mères interviewées le conçoivent de la même façon. Nous le concrétisons dans les propos de Lucie.

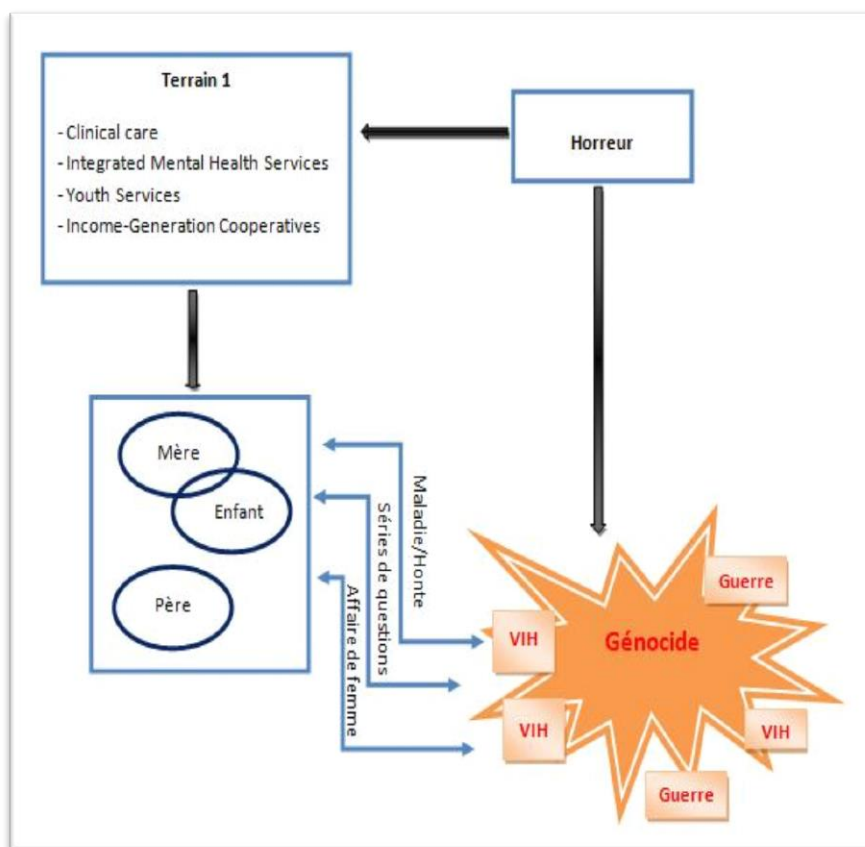
... ça c'est avant. Bien avant l'arrivée des médicaments. En fait les gens mouraient, et ce n'était pas une mort digne. On parlait de toi du sida aujourd'hui, demain c'est la diarrhée, puis après-demain c'était la mort. En fait, à l'annonce on s'évanouit, par la peur de mourir ainsi. Sinon, le sida n'est plus inquiétant. Seulement sa gestion : les questions que les enfants posent, la régularité de la prise de médicaments et des rendez-vous, et la précarité sociale dans laquelle la plupart des personnes qui vivent avec le VIH/sida vivent. Le riche ne meurt pas du VIH/sida, seul le pauvre meurt de faim.

Pour arriver à ce stade, il faut un long voyage qui nécessite un grand travail avant d'en arriver là. C'est le silence qui régnait chez la personne qui venait de recevoir le résultat positif. Ce silence est fort remarquable chez Linda. Sauf Lucie qui a vite propagé sa contamination, pour les autres l'ampleur du secret et du silence eu égard à l'infection au VIH/SIDA est remarquable à travers la souffrance morale qu'elles ont éprouvée, une fois que leur état sérologique fut porté à la connaissance du public. La personne se sent automatiquement seule, isolée par le reste du groupe de la société, abandonnée, avec des responsabilités énormes, mais, comme il n'est pas possible de vivre sans le visage de l'autre, la personne vivant avec le VIH se tourne vers Dieu. Toutes les actions posées par l'autre, par les soignants, « *c'est grâce à Dieu* », disent les personnes vivant avec le VIH.

Il y a un autre point à signaler. Il est en rapport avec l'enfant de soi et l'enfant de l'autre vivant avec le VIH/sida. « *Ils sont tous des enfants* », disent les Rwandais, mais aussi, paradoxalement, ils disent que *Fils/fille d'autrui passe toujours pour pire que le vôtre*. Dans le présent contexte, l'enfant de soi, à l'exemple de la fille de Linda, fut le réservoir de

secrets, celui de l'autre, source de conflits, visibles ou invisibles comme c'est le cas chez Boss. Tous mobilisent une grande énergie pour leur prise en charge. La fille de Linda, quand elle va à la clinique, seule la mère et sa demi-sœur connaissent le secret. Le père sait simplement qu'elle va dans l'institution qui paye les frais de scolarité. C'est de là que naissent des questions du genre « *pourquoi pas moi ?* », signe de conflits narcissiques dans la fratrie et de dislocation du lien entre la mère et l'enfant. Pour ce qui est de l'enfant de soi, Ariane affiche une attitude étrange qui fait que son fils lui adresse une question du genre, « *C'est réellement toi ma maman ?* »

Avant de terminer, nous aimerions représenter schématiquement les idées que nous avons rassemblées pendant cette activité évaluative.



Ce schéma s'explique :

1. Le VIH/sida est au centre des préoccupations des soignants et des patients. Cependant, il est lié à d'autres problèmes afférents. Certains très évidents, et

d'autres voilés dans la réalité complexe liée à la structure organisationnelle de la famille et de l'institution.

2. La clinique est conçue comme le lieu de « métabolisation » de toute cette horreur, de la relativisation de ces problèmes. Par ses volets médical, psychosocial, juridique, éducationnel, le programme paraît complet et les soins sont intégrés. Les patients qui s'y dirigent conçoivent ce lieu comme « Chez le médecin » « *Kwa muganga* », « Je vais chez le médecin : *Ngiye kwa muganga* ». Si c'est pour d'autres aides, comme le matériel scolaire que le projet d'éducation fournit, les patients nomment le nom de l'institution : « *Nous allons à WE-ACTx* » ; « *Nous venons de WE-ACTx* ».
3. Cette clinique reçoit principalement les mères et les enfants, mais, il y a aussi les hommes. Dans notre stratégie de travail, nous avons à travailler avec les enfants et leurs familles. Ainsi les mères, les enfants et les pères forment la population qui a retenu notre attention :
 - a. Pour la mère, le VIH/sida est conçu comme une maladie, une honte. Il est confondu avec la mort pendant un certain temps, après l'annonce. Les raisons les plus évoquées sont principalement la honte de ce que va dire l'autre, vu que le VIH/SIDA est perçu négativement par la communauté. Une autre raison est liée aux pertes énormes qui ont eu lieu, avant que les anti-rétroviraux ne soient disponibles.
 - b. Pour l'enfant, le VIH/sida est entouré d'une série de questions du genre « *Pourquoi ?* »
 - c. Pour le père, le VIH/sida est la maladie de sa femme ou une affaire personnelle. Il s'implique rarement dans les programmes de soins.

En définitive, pour cette partie évaluative, quelle est la leçon tirée de l'expérience passée ? Deux points sont à souligner : (1) Premièrement, la représentation hypothétique que nous avions en tête il y a plusieurs années ne s'est pas confirmée dans la population que nous avons interviewée. Cette hypothèse était en rapport avec le lien établi entre le VIH/sida et la mort chez certaines personnes que nous avons accompagnées. Nous avons fait l'hypothèse qu'une telle réaction était peut-être liée à la mort qui a ravagé le pays. Pour ces personnes interviewées dans le cadre d'entretiens évaluatifs, c'est plutôt en lien avec la représentation sociale du VIH/sida en soi, et surtout avec son impact, à savoir les pertes qu'il a occasionnées avant l'arrivée des médicaments. Cependant, tout au long de notre expérience, nous avons pressenti le lien entre le VIH/sida et « la deuxième mort » et c'est ça qui nous a poussée à émettre une telle hypothèse. Pour cette question, les entretiens évaluatifs ne nous fournissent donc pas de données convaincantes. Le point de vue du soignant sur les personnes infectées dans le contexte du génocide nous a poussées à poursuivre notre hypothèse dans les deux autres sites.

(2) Deuxièmement, les groupes de soutien sont un cadre dans lequel il faut instaurer de nouvelles actions. Il est nettement conçu par la personne qui s'y rend comme un nouveau lieu pour relativiser sa souffrance. Sa soif de parler, d'être écoutée et d'être éclairée n'a été assouvie que dans le groupe de soutien. Les informations fournies par les patients et celles qui sont fournies par l'équipe soignante nous ont appris que le groupe n'est pas seulement un espace de sécurité pour ses membres, mais qu'il est aussi le canal qui véhicule l'énergie nécessaire pour renforcer le pouvoir de chacun des membres, du fait que l'on y apprend à

développer les compétences dont chacun a besoin pour être source de changement dans sa propre vie comme dans la vie de sa communauté. C'est un catalyseur qui transforme la vie tant interne qu'externe, afin que les conflits de celle ou de celui qui y adhère lui soient plus faciles à gérer. De ces caractéristiques que ces mères donnent aux groupes de soutien se dégage un constat qu'avait déjà fait remarquer Kaës (2005). Ce constat est que le groupe a les qualités d'un appareil de liaison et de transformation des psychés de ses membres. De cet appareillage naît une réalité psychique partagée par des processus bien spécifiques qui lie le sujet à son semblable. De ce constat notre idée de travailler dans le dispositif groupal dans d'autres sites trouve sa raison d'être.

Après ces quelques lignes, qui décrivent le portrait qu'affichaient les cas que nous avions à accompagner selon le modèle qui s'est construit progressivement, et la mise en exergue de la réflexion que chaque cas présente, du moins sur ce qu'il souhaiterait voir changer, renforcer, voire innover, nous poursuivons avec la phase cruciale de notre recherche-action, celle de mettre en place le nouveau dispositif pour cette présente recherche-action dans les nouveaux sites.

Pour ces nouveaux sites, le dialogue s'est positionné sur la question du survivant infecté par le VIH/sida dans le contexte du génocide. Signalons que, pour y arriver, plusieurs fenêtres étaient ouvertes, dans l'objectif de ne pas manquer l'essentiel.

3.3. Résultats issus de la recherche-action proprement dite

Le témoin est le dépositaire d'une vérité profonde.

3.3.1. Note descriptive

Nous tenons à préciser d'abord que les résultats que nous allons présenter ci-dessous sont récoltés dans le cadre du dispositif groupal qui associe la recherche et l'intervention. Cependant, pour certaines personnes, en fonction des particularités individuelles, il y a eu quelques séances qui se sont passées dans le cadre d'une entrevue individuelle. Nous les considérons simplement comme une façon de trouver l'énergie psychique pour pouvoir participer aux groupes. Pour présenter les résultats, trois éléments qui ont capté notre attention lors de nos travaux de terrain sont pris en considération. (1) Premièrement, nous avons jugé important de témoigner aussi concrètement que possible de l'ambiance qui régnait sur le terrain entre les membres du groupe, y compris nous-même. Autrement dit, les mouvements transféro-contre-transférentiels, auquel nous attribuons un grand pouvoir de création et de solidification de liens. C'est dans ce parcours que s'est construit le processus de l'Entre-nous, concept central de nos analyses pour ce qui ressort de l'espace « mère ». (2) Deuxièmement, nous nous sommes basée sur les thèmes et (3) enfin, sur la chronologie des événements. Ces trois éléments sont en interrelation : visiblement, tel thème émerge, dans telle ou telle autre période, et en fonction de l'ambiance dans le groupe ou en dehors du groupe et vice versa.

La façon particulière que nous avons choisie pour présenter les résultats de cette étude correspond à deux finalités. La première était de retracer le chemin par lequel nous sommes passée pour appréhender le vécu de la personne qui, après avoir survécu au génocide, se retrouve infectée par le VIH/sida induit dans le contexte génocidaire. La deuxième était de montrer comment nous avons pu co-construire avec elle le dispositif qui lui permettra de trouver réponses aux questions qu'elle se pose pour se reconstruire elle-même. Les résultats présentés proviennent d'un malaxage interprétatif (Olivier de Sardan, 2008) des données issues de différentes sources auxquelles nous avons eu recours pour recueillir des données. Premièrement, nous présentons les résultats issus des groupes de soutien. Deuxièmement, nous présentons ceux récoltés avec la méthode de récit de vie. Un seul cas fait l'objet de la méthode de récit de vie. Une autre source est celle de l'étude de cas longitudinale qui va porter sur trois générations. La personne de la première génération fait partie du groupe des mères, mais celles de la deuxième et de la troisième génération se rencontrent dans l'espace « enfant ». Nous avons donc jugé bon de ne présenter les résultats de cette étude que dans le chapitre suivant, où nous allons mettre en évidence la transmission transgénérationnelle. Les thèmes qui ont émergé de ces sources sont nombreux ; nous avons jugé bon de ne présenter que ceux qui nous sont apparus les plus saillants par rapport à l'objet de notre recherche-action, les autres feront l'objet de travaux post-thèse.

Comme nous avons décrit le processus de formation des groupes dans la partie méthodologique, disons un mot sur l'entrevue individuelle, même si les résultats qui en ressortent ne sont perçus que globalement dans la dynamique groupale. Pour travailler avec l'individu singulièrement, deux raisons ont motivé cette action. Premièrement, la mère, par l'attitude qu'elle affiche en groupe, nous interpellait d'une manière indirecte, d'une part par son silence, de l'autre par ses émotions contagieuses qui n'épargnaient personne. Dans un tel cas, avec les facilitateurs pendant le temps post-groupe, nous prenions un temps pour échanger sur les cas particuliers et nous prenions les décisions qui les concernaient. L'une des décisions pouvait donc être de proposer une entrevue individuelle en plus des rencontres en groupe. Deuxièmement, la mère pouvait nous demander explicitement une rencontre individuelle pour ce qu'elle voulait travailler en entrevue individuelle et ce qu'elle préférait ne pas partager en groupe.

Ci-dessous les résultats sont présentés en fonction des différents thèmes. Un thème peut provenir d'un des membres du groupe ; puis les autres y mettent des mots en témoignant de leur ressenti et c'est à travers ces interactions transféro-contre-transférentielles que nous avons pu appréhender le vécu de chaque mère, tout en maniant et en remaniant le cadre pour contenir et transformer ces ressentis. Le concept d'Entre-nous qui est l'axe principal de nos analyses, émerge, se développe jusqu'au point de se donner un nom propre Entre-nous. Telle fut la réalité complexe que nous tenons à synthétiser à travers les résultats ci-dessous.

3.3.2. « *Les mots ? Seulement les mots ?* »

On n'est plus dans la salle d'attente. Nous sommes dans un groupe qui vient d'être formé selon la démarche décrite, et nous sommes au mois de novembre 2011. Tout geste posé, toute action proposée était dans l'objectif d'explorer le vécu du survivant infecté par le VIH tout en pensant avec lui au genre de dispositif qui peut lui être efficace dans son processus de reconstruction psychique. Ce double objectif ne pouvait pas être atteint sans difficultés. C'est particulièrement un travail qui demande au sujet de parler de son vécu, pas n'importe lequel, mais précisément celui qui est de l'ordre de l'intime. Le travail préliminaire fut donc celui de travailler le terrain pour accueillir et contenir la réalité interne des mères actrices de cette mission complexe. Un seul site est fonctionnel, nous sommes biens dans les derniers mois de l'an 2011. Après les présentations ordinaires qui ouvraient chaque rencontre, une des mères nous adresse une demande à travers la question reprise dans le titre de ce paragraphe : « *Les mots ? Seulement les mots ?* » Chaque mère qui prenait la parole était aussi brève que possible. Nous sentions que celle-là nous demandait d'une façon implicite de clarifier davantage nos objectifs.

Nta mugenzi ugenda wenyine, kandi ntabajyana bataziranye, c'est-à-dire « aucun pèlerin n'entreprend tout seul un voyage et ne partage pas le chemin avec l'inconnu », diraient les Rwandais, pour signifier que l'on ne partage pas un chemin si on ne se connaît pas. Mais alors, comme entreprendre une action en vue de se connaître si on ne partage pas des objectifs, si on n'a pas une même vision ? Serait-il possible de faire part à l'autre de ses projets de vie si on n'a pas confiance en lui, serait-il possible d'avoir cette confiance si l'autre ne témoigne pas de discrétion, d'autant plus que les projets de vie qui nous concernent sont de l'ordre de l'intime ? C'est ce que nous avons l'habitude de dire à titre d'invitation à toutes les mères.

Aujourd'hui, nous nous adressons à notre collègue co-facilitatrice en voulant en réalité cibler tout le groupe des mères. Elle nous répond simplement par un geste affirmatif de la tête et ose s'adresser aux mères : « Qu'en pensez-vous, vous autres, comment procédez-vous d'habitude ? » Elles échangent des regards, comme si chacune attend que l'autre prenne la parole en premier lieu. Et Concilia, invitée par l'équipe soignante, de dire :

Quand vous m'avez appelée, j'ai vite pris connaissance que c'est AVEGA et je sais ce qu'AVEGA a fait pour moi. Je ne pouvais pas dire non. Mais, la fois passée, je suis partie avec les questions que j'en ai encore et que j'aurai pour toujours. Allons-nous assoir ici pour parler et écouter. J'ai longuement écouté les mots. Ce que l'on m'a dit, ce que l'on m'a fait... ça ne s'effacera jamais. Ma question est bien celle-ci : les mots ? Les mots seulement ? J'ai parlé, j'ai parlé, ça n'a rien changé, ça ne modifie rien de la peur, de la tristesse, du désarroi et de l'amertume qui me dominent. Je vous en prie, je n'ai pas voulu dire non ; si je suis ici, c'est par le respect que je dois à AVEGA, mais je vous en prie, si ce sont des mots, des mots seulement, nous avons beaucoup parlé, et nous avons entendu beaucoup de choses, laissez-moi, laissez-moi, les médicaments je les prends, quelquefois j'oublie et... quelquefois je me dis que c'est la même chose. Personne ne va ressusciter, ni moi-même je ne retrouverai plus la personne que j'étais, si ce n'est que se mettre dehors. Les mots, les mots, les mots... c'est la

même chose. Les mots seulement, et vous autres vous en faites quoi ? Je ne sais pas... mais, je ne vois pas la raison de revenir. (Concilia)

Ce double questionnement, mais en réalité un seul lancé avec insistance, nous est soumis par les mères par la voix claire et articulée de Concilia, comme nous l'avons concrétisé dans ses propos. Cela se passe lors d'une de nos premières rencontres, précisément pendant la deuxième séance. Nous venions de nous présenter et de présenter clairement notre double objectif dans cet espace. Apparemment chacune est encore étrangère à l'autre. Il nous semble que nous avons à faire pour que chaque membre trouve place dans la pièce. Nous sommes encore loin d'établir les repères de protection, nous sommes encore préoccupée par la création d'un climat de confiance pour que les mères, chacune de son côté, s'engage avec ses propres objectifs, auxquels notre travail est de répondre, tout en répondant aussi à nos propres objectifs. Mais l'hésitation ne pourra être levée que dans une atmosphère de confiance et les propos de Concilia témoignent de sa souffrance et de son désespoir quant à sa reconstruction « *Personne ne va ressusciter, ni moi-même je ne retrouverai plus la personne que j'étais, si ce n'est que se mettre dehors* »

Il y a quelques années, nous avons appris de nos formateurs au métier de psychologue clinicien qu'un travail psychologique n'est possible que par la demande du sujet (Renders, 1991). Il nous incombait donc de retravailler l'offre pour enfin la reformuler en une demande. C'est en quelque sorte une demande suggérée. Comment le sujet va-t-il parvenir à se l'approprier ? En écoutant Concilia, on imagine bien qu'elle conteste cette façon de soigner par la parole. Mais, plus radicalement, nous avons senti une forme de désespoir, de déception due à l'expérience passée dans cette utilisation du langage détourné (Godard 2003). Ce que ces mères avaient entendu de destructeur et de déshumanisant leur ont fait perdre le sens de la vie et quelquefois les force au silence (Godard, 2013 ; Munyandamutsa, 2013 ; Waintrater, 2003 ; Faúndez, Cornejo, & Brackelaire, 2014; Lebon, 2013, Sironi 1999). Selon Concilia, et d'autres mères qui pensent comme elle, le retour à la reconstruction ne pouvait pas se faire avec « les mots seulement ». Sous-entendu, ces mots les ont aussi détruites (Godard, 2014) mais aussi ces mots qui viennent seuls alors qu'il y a d'autres besoins fondamentaux non encore assouvis comme l'a théâtralisé à partir du témoignage d'Esther Mujawayo⁶⁸.

En nous conférant une puissance extraordinaire, que le psychanalyste peut connoter de transfert positif, Ange fait émerger une lueur d'espoir. De sa voix douce, teintée de désespoir, elle commence par décrire sa souffrance sans y associer la cause ni relater quoi que ce soit de l'ordre de la maladie ou de l'intime. Cependant, elle évoque la maladie et amorce son vécu pendant le génocide. L'angoisse attristante la plonge dans le silence, survenu quand elle allait parler de ces deux destins.

Je demande la parole et je m'adresse à mes amies que j'ai rencontrées ici grâce à ces enfants (en parlant de nous-même et de notre collègue, déjà mère de 4 enfants) qui nous ont appelées.

⁶⁸ « Rwanda, mais avant, et puis après » texte mis en scène par Souâd Belhadda avec Aurore Déo. Adapté du livre *Survivantes* de Esther Mujawayo et Souâd Belhaddad, théâtralisé le 3 février 2014 au Centre culturel de Schaerbeek, Bruxelles.

J'ai beaucoup admiré leur courage. Même si je ne vois pas en quoi parler peut nous faire arriver, moi je dirais que je viendrai écouter ces enfants qui se sont proposées de s'approcher de nous, alors que personne d'autre ne s'approche de nous, sauf l'AVEGA. ... Pour les mots, on ne peut ne pas manquer de se demander en quoi les mots vont nous aider. (Avec tristesse). Dans le ventre de ma mère, il ne reste que deux enfants. Moi et ma sœur. Mais les choses qu'elle m'a dites ne m'ont pas consolée alors que nous devrions nous unir, mettre notre force ensemble comme tous les autres enfants nourris par le même sein maternel. Pendant le génocide, ... non, ... attendez, je vais mettre ça de côté (pleurs..) vous enfants, je ne sais pas ce que vous voulez en nous dans notre histoire, maintenant je vous en épargne (toujours avec les pleurs.) ... Après le génocide, moi et ma sœur avons eu la chance de survivre avec nos enfants, mon mari lui est mort le premier et il a tout vu. Tout ce qu'on m'a fait... il a tout vu. (Silence). Après le génocide, on se dit, ... ce fléau, ... oui, j'ai une sœur je vais lui parler. J'ai passé beaucoup de temps seule, je me disais : voir ma sœur, elle viendra me voir, s'il faut pleurer on va pleurer ensemble, s'il faut mourir, elle va garder mes enfants. Je lui ai dit que je suis comme ça (en faisant allusion à l'infection au VIH). Elle m'a vite rejetée. Il s'en est suivi les mots, quels mots, ces mots m'ont anéanties plus que ceux que les autres génocidaires nous disaient. Elle est allée jusqu'à en informer mes enfants et les gens du dehors. Je vous le dis, les mots font mal. Les mots tuent. Mais ils peuvent aussi guérir. Cette mère assise là au coin est une amie. Elle peut vous le dire, je ne parle qu'à elle. ... Moi, j'ai confiance en ces enfants qui ont pris l'initiative de nous écouter. Attendons, ne refusons pas avant de voir. Est-ce qu'elles nous ont appelées sans savoir pourquoi ? Elles savent l'importance, elles ont étudié ça. N'est-ce pas ? (En s'adressant en nous) Mais je vous préviens... voulez-vous vraiment que je vous parle ? Si chacune ici présente a la même histoire que moi ?... Est-ce que vous connaissez les choses qui nous sont arrivées ? On est plus des humains, on est devenus des maudits (ba ruwumwa), mais moi, je vous remercie déjà pour vous aventurer dans l'écoute de l'histoire que contient le livre de mon cœur. À part ce que m'avait dit mon amie ici présente, c'est d'ailleurs elle qui m'a parlé de ces rencontres, aussi par votre patiente, que je réalise que les mots sont peut-être puissants.

De cette intervention survient une sorte d'ambiance qui s'installe entre les membres du groupe. Les mères se regardent, celles qui sont proches murmurent des mots, nous laissons cette ambiance un certain temps et puis nous mettons des mots au sujet des études que Ange venait d'évoquer : « La question autour de laquelle nous avons à réfléchir est complexe. Ange, étonnée de voir notre intérêt pour les propos et ressentis de chacune, a déjà fait allusion au *contenu du livre de son cœur*. Je me suis toujours dit que c'est la personne elle-même qui se connaît le mieux et plus que l'autre, que même les études ne donnent pas d'explications exactes, et c'est la raison qui nous pousse à nous approcher de vous-mêmes pour mieux apprendre. Si on comptait sur les études pour comprendre, on aurait dû lire des ouvrages. Ce que je sais, c'est que ce qui a de la valeur, c'est ce que chacune pense, qu'important, les études ou pas. Raison pour laquelle, nous allons penser ensemble. Il s'agit d'un voyage que nous allons faire ensemble, un processus sur lequel la contribution de l'une et de l'autre est constructive. »

De ces interventions murmurées entre les mères, nous captons : « *Au moins on sortira de la maison ; ce n'est pas seulement : sais-tu vivre avec ce que nous vivons sans avoir quelqu'un à qui se confier. Et si on est mal à cause des insultes, pourquoi ne pas se sentir bien par les consolations ? ...* » C'est Salima qui fait à voix haute l'éloge de la parole. Elle

s'appuie sur les dictons de la culture Rwandaise qui proposent une collection de malédictions adressées à l'ennemi fictif comme c'est toujours le cas dans le langage courant et clôture par un détour par les bénédictions que mérite l'humain.

Vous parlez des mots, les mots sont des mots, détournes-vous des mots. Mais ici c'est un mot, et un mot est une parole. N'avez-vous pas encore entendu dire : Umwanzi arakabura uwo abwira. Umwanzi arakabura aho avugira, umwanzi arakamena ibanga, umwanzi arakivamo nk'inopfu, umwanzi arakisiga yisange ! Simvumye ndavumuye dore aho rigeze⁶⁹. » (Salima)

Pour analyser ces extraits des propos de ces mères, nous commençons par explorer le sens et le contexte de ce questionnement. Les mots ? Les mots seulement ? Nous y associons aussi une question que nous nous posons et que nous formulons à haute voix un peu plus tard. Toujours avec délicatesse, nous ne les adressons à personne, nous signalons simplement que ce sont des pensées qui nous traversent. A quels genres de mots font-elles allusion ? S'agit-il des mots déjà entendus, déjà dits ? Oui, ou peut-être de leurs traces. Maintenant ce que nous proposons, ce sont des mots à dire ou à taire pour soi et des mots à entendre. Il s'agit d'écouter pour pouvoir dire, il s'agit de dire pour pouvoir mieux élaborer dans la suite. Évidemment, on n'oublie pas que « les souvenirs d'un événement traumatisant peuvent être eux-mêmes traumatisants » (Brison, 2003, p. 92). Nous réalisons combien ce thème contient toute une histoire du vécu de mères, avec qui nous commençons le travail clinique et de recherche qui en est dans encore à sa phase de germination. On sait déjà que chaque dispositif est le fruit de la rencontre entre les patients, l'institution et un thérapeute (Chapelier & Roffat, 2011). Particulièrement, le dispositif groupal aiderait les gens qui s'y rencontrent à dépasser l'impact de la déshumanisation dont ils ont été victimes (Roisin, 2010 ; Moro & Lebovici, 1995) ; la nouvelle affiliation dans un groupe recréerait et/ou restaurerait le sentiment d'appartenance dans la communauté des humains (Roisin, 2003 ; Godard, 2013 ; Godard, Munyandamutsa, Mutarabayire-Schafer, & Rutembesa, 2012). Munyandamutsa (2011) dirait qu'il s'agit d'un espace approprié pour mettre les tabous et les interdits à leur place. C'est pour nous l'un des chemins pour recréer la confiance entre les gens.

Dans notre cas, les brins de confiance pour construire notre dispositif sont déjà là à travers l'institution d'accueil : « ... *Je n'ai pas voulu dire non, si je suis ici c'est par respect que je dois à AVEGA* ». Dans la voix de toutes ces mères, à commencer par celle de Concilia qui s'oppose, nous percevons combien de tels brins méritent d'être solidifiés. Nous pensons que les autres ont eu un peu de temps depuis la salle d'attente pour s'approprier de cette demande suggérée. Il nous semble que Concilia, qui avait été invitée par les membres de l'équipe soignante, avait besoin de questionner, voire contester, pour s'engager en connaissance de cause.

Les propos de Salima nous éclairent à propos de la structure du cadre qu'il faut pour pouvoir s'y installer tranquillement. À travers la dernière partie de son intervention

⁶⁹ Que l'ennemi ne trouve personne à qui se confier. Qu'il soit privé de l'espace d'expression. Qu'il perde son contrôle de garder secret. Que l'ennemi se mette dehors (se dénude) comme un spadice porté à l'inflorescence. Qu'il demeure sous l'emprise de la solitude. Je ne proclame pas la malédiction, plutôt, je proclame la bénédiction !

métaphorique, « Simvumye, ndavumuye dore aho rigeze. », « *Je ne proclame pas la malédiction, je proclame la bénédiction sous l'éclat du soleil* », elle veut nous dire que ce qui précède ne devrait qu'être le sort de l'ennemi. Dans un langage bien articulé, Salima dit que c'est l'ennemi qui devrait mériter le sort de ne trouver personne à qui se confier. On peut la paraphraser ainsi : qu'il soit privé de l'espace d'expression ; qu'il perde la faculté de taire son propre secret ; ou encore, puisse l'ennemi rater son dessein, plus précisément, que l'ennemi se mette dehors, se dénude comme un spadice porté à l'inflorescence ; qu'il demeure sous l'emprise de la solitude ; ou encore, puisse l'ennemi mourir de solitude. Pour nous, cela n'est qu'une façon de traduire la profondeur de la solitude qui est ici soulignée. Seul l'ennemi mérite d'être dehors, d'être condamné à la solitude, à l'indiscrétion. Mais, pour ces mères, Salima proclame le contraire.

A nos yeux, elle sollicite un regroupement, des solitudes, pour favoriser les solidarités. C'est de ces propos métaphoriques que nous réalisons que par « les mots, les mots seulement ! », ces mères faisaient allusion au cadre dont elles ont besoin pour qu'un travail thérapeutique, un travail qui crée des possibilités de sortir *de la peur, de la tristesse, du désarroi et de l'amertume* qui dominent ces mères, puisse se réaliser. Il convient au préalable de solidifier les liens surtout pour sortir de l'abîme créé par le génocide, ce qui est encore perceptible dans les difficultés à narrer le vécu le concernant. Le ressenti et le reviviscence sont tellement forts chez certaines personnes qu'elles éprouvent énormément de difficultés à parler de ce qu'elles ont vécu et que le chercheur est parfois amené à interrompre l'entretien. (Gishoma, 2014, p. 232). « La peur était tellement importante dans sa voix et dans son regard que nous nous sommes naturellement rangé à son désir d'arrêter l'entretien. » (p.232).

Comme l'ont souligné certains auteurs qui s'inspirent de l'anthropologie clinique (Dartiguenave, Lebot, & Garnier, 2012 ; Brackelaire, 1995), le lien social ne peut pas directement résulter de la seule rencontre, ni de la seule coexistence des individus. Concilia et les autres mères nous témoignent que le lien se forme et se solidifie progressivement. Il est construit par les personnes à travers les processus de différenciation-identification d'une part et de séparation-unification de l'autre. Nos pensées ne se détournent pas non plus du phénomène d'*enveloppement*, (Golse & Kaufman, 2009 ; Kaës, 2007, Anzieu, 1974,) de *contenance*, (Chapelier, 2011) de *Holding* (Winnicott, 2011) pour que la vie psychique reprenne sa forme. Il nous semble que ces mères craignent d'extérioriser ce qui est de l'ordre de l'intime. Et elles sollicitent que l'on délimite d'abord le cadre à l'intérieur duquel un accord de confiance réciproque entre toutes les personnes présentes dans la pièce peut être conclu. C'est dans un tel contexte que l'objectif de chacun peut se clarifier et être bien exprimé. Cet objectif est principalement celui de dépasser les événements qui constituent des barrières les empêchant de s'engager dans leur processus de reconstruction psychique. Cela ne peut être possible que lorsqu'on peut dire comme Freud dans l'*Abrégé de la psychanalyse* en 1938 :

Un pacte est conclu. Le moi malade du patient nous promet une franchise totale c'est-à-dire la libre expression de tout ce que son auto-perception lui livre. De notre côté nous lui assurons la

plus stricte discrétion et mettons à son service notre expérience dans l'interprétation du matériel influencé par l'inconscient (Freud, 1949, p. 40).

Une telle alliance s'est imposée comme une pré-condition pour entamer ledit voyage ensemble, pour partager entre elles leurs objectifs de vie et s'entraider pour les atteindre. Le consentement libre du sujet a eu lieu après avoir fourni clairement les informations en rapport avec la procédure et l'utilisation du matériel récolté. « *Pas à reporter au format journalistique, ni à exposer de façon que la personne puisse être reconnue* », nous ont-elles demandé ; ce que nous avons promis. Ainsi un pacte est conclu et d'autres repères de protection, flexibles, perméables, se sont mis en place progressivement. C'était à partir des présentations prolongées de chacun des membres que chacun des membres pouvait découvrir l'autre et ainsi les liens se solidifiaient. Chacune se présentait comme elle voulait. On pouvait prononcer les deux noms, le lieu d'habitation, le nombre d'enfants, ce que l'on aime et ce que l'on déteste. Plus tard, à chaque rubrique on pouvait structurer un récit plus ou moins long, autour de son propre nom, du nom de l'enfant, de la raison qui fait qu'on déteste ceci ou cela, etc.

De tout ce processus qui a lieu vers la fin de l'an 2011 et dans les débuts de 2012, nous sentons que les relations se sont déjà formées, que les rendez-vous sont respectés, sauf pour Concilia à qui, en raison de la particularité de sa souffrance psychologique, l'assistante sociale prenait soin de téléphoner la veille. Ainsi, le processus visant à solidifier les liens trouve le temps, le lieu et l'opportunité de s'élaborer. Mais alors qu'en est-il de cette thérapie par les mots ? Certainement qu'il y a aussi une dimension de contestation dans cette nouvelle formule visant à soulager la souffrance avec des mots dans un centre de santé et non pas seulement avec des amis ou connaissances. « *C'est nouveau... avant ce n'était pas comme ça... ; ça se faisait autrement...* » Ce modèle de la psychothérapie connu en Occident nous paraît donc contesté, bien que nécessaire voire impératif. Et nous sentons que les mères réclament ce qui leur est familier. Les thèmes qui ont suivi tout au long du temps vont le prouver et concernent d'autres dimensions liées au thème « *des mots, des mots seulement* ». C'est le cas de *l'inconnu doublement vexant*, du phénomène de *s'exiler de soi et de chez soi* et celui du *mal aux yeux du voisin moqueur*. Tous ces thèmes ont émergé pour contester le dispositif dès les premiers moments, tout en revendiquant d'une façon récurrente une alternative. C'est tout au long de l'élaboration qui s'est faite sur ces thèmes que les jalons de notre dispositif se sont solidifiés pour permettre le processus de construction des liens et pour en arriver à l'Entre-nous solide.

3.3.3. L'inconnu doublement vexant

L'an 2012 commence déjà. Jusqu'à présent, nous ne travaillions que dans un seul site, celui de Remera. Nous ouvrons donc un autre site à l'Est du pays. À ce nouveau site, l'étape visant à solidifier les liens n'est pas long ; il nous semble que les mères se connaissent ou en ont tellement besoin. C'est quelque chose qui avait été initié et interrompu brusquement, sans savoir la cause. « *Nous avons déjà commencé à nous rassembler, finalement nous avons entendu dire qu'il faut que chacun aille se faire soigner*

tout près de chez soi, et les groupes se sont arrêtés », disent les mères. Les collègues nous ont appris que cette décision est liée à la politique de décentralisation des soins par laquelle chaque patient vivant avec le VIH/sida doit être affilié dans le centre de santé et/ou hôpital situé dans sa zone de rayonnement. Certaines personnes assistées par AVEGA ont tellement résisté à cette décision perçue comme une façon « de les renvoyer chez les inconnus, qui méconnaissent notre vécu, et par conséquent, nous avons à nous livrer devant celui qui ne nous écoute même pas », nous ont-elles dit. Ainsi, nos actions se sont intercalées comme un espace transitionnel pour pouvoir aussi intégrer cette décision, « mise en application aussi vite » par rapport au rythme de certaines personnes. Ces dernières avaient idéalisé AVEGA au point de la considérer comme une nouvelle famille sociale où chacune des mères trouve une nouvelle demeure pendant la journée, particulièrement quand il lui est nécessaire de s'exiler de chez soi et de se soustraire au regard du voisin moqueur comme elles le décrivent elles-mêmes. .

Un autre constat qui a peut être facilité la faisabilité des liens est que, nous semble-t-il, chacune individuellement connaissait déjà notre collègue psychologue qui y travaille depuis longtemps. Elle les avait côtoyées dans divers services : soins infirmiers, services des ARVs, travail d'assistance sociale allant jusqu'aux visites à domicile pour les cas extrêmes et suivi de psychologue clinicienne. Chaque mère venait pour demander « Est-elle là ? » Les travaux de supervision et de formation des psychologues d'Ibuka effectués par Marie-Odile Godard, Naasson Munyandamutsa et Eugène Rutembesa, auxquels nous avons pu participer, témoignent du même cahier de charge que celui de cette psychologue.

Nous sommes surprise des propos des mères qui se confient immédiatement. Les propos tournent autour du thème de l'inconnu par rapport à leur vécu avec le VIH, d'une part, et leur vécu avant, pendant et après génocide, d'autre part. Sur l'autre site aussi le même thème apparaît, surtout sous les vocables de l'ennemi, de l'étranger, de l'inconnu, quelque fois l'inconnu étant soi-même. Le langage est tellement ésotérique. Comme on le dit souvent, « Il faut être celui de la maison pour pouvoir le comprendre ». De notre côté nous sentons la nécessité de redéfinir le cadre, pour pouvoir engager tout travail, mais déjà les propos des mères fusent :

... Si je quitte chez moi à pied et à l'aube pour arriver ici, c'est que je connais le rôle du groupe. Quand j'ai pris connaissance de ce mal, je veux dire quand j'ai appris que je suis souillée, que mon corps a été attaqué, je ne sais... vous le décrire, j'ai perdu la tête. Je suis devenue une inconnue devant les familiers, les familiers, les membres de ma famille sont devenus aussi des inconnus devant moi. Je les ai regardés, je ne les ai pas reconnus. Je me suis regardée, je ne me suis pas reconnue. (Pleurs) Nous sommes devenus les étrangers les uns des autres, mais ce qui me trouble le cœur, c'est d'être comme une inconnue devant la personne qui normalement est celle de la maison... Ayiiiiii, qu'est que Dieu nous a fait ? Qu'avons-nous fait pour être soumises à l'épreuve de la souffrance de la sorte ? Je ne peux pas le dire comme il faut, mais je sais que quand on parle à la personne qui sait écouter, on ne dépense pas d'énergie (ubwira uwumva ntavunika). (...). Même avant que vous nous ayez appelées. Moi, je prenais le chemin pour venir ici à l'AVEGA. Je passais dans n'importe quel bureau pour dire bonjour à tout le monde. Après, je prenais la chaise je m'assoiais. Quelqu'un passe, me disait bonjour, si jamais je rencontrais quelqu'un que je connais, qui est

comme moi. Là, ça devenait la fête, on parlait, on parlait, on parlait..., mais chez nous à la maison, ... parler, parler, parler à qui ? À ces petits enfants qui viennent réchauffer ma maison, ou à l'inconnu du dehors? L'inconnu est vexant. Rubanda ni rubanda, uramubwira bugacya yagushyize ku karubanda (L'inconnu (rubanda) est l'inconnu, tu lui parles le soir, très tôt le matin, tu es déjà porté au public.)... Avec ça, où peut s'exiler le survivant ? (Aïma)

Aïma survit par le soutien de l'AVEGA qui prend tout en charge pour elle. « *Les enfants du voisin viennent réchauffer sa maison par leurs cris, ils y passent la journée quand ils viennent de l'école et dorment chez elle à tour de rôle* », évoque sa voisine, elle aussi présente dans le groupe de soutien. Ella a appris qu'elle vit avec le VIH lors du dépistage au sein de l'AVEGA. À travers ses propos, Aïma lance un appel pour se rapprocher de l'autre. L'autre qui sait écouter plus concrètement, l'autre qui comprend sa souffrance. Mais elle se questionne : à qui faut-il parler, certainement pas à l'inconnu (*rubanda*) indiscret, dit-elle. Dans ce contexte, l'inconnu est à comprendre comme « n'importe qui ». À travers l'inconnu, nous pensons aussi à une sorte de distance, celle qui s'inscrit dans la logique de la stigmatisation. Se sentant anticipativement en souffrance à travers la peur d'être stigmatisée, la personne met en place une telle distance pour éviter cette stigmatisation ou d'être « *livrée à la merci du moqueur* », comme les mères nous l'ont confié.

Dans cette logique, la survivante est en ajustement continu par rapport aux relations avec l'autre. La première chose qui la met mal à l'aise, c'est de se voir porteuse de la maladie qui l'oblige à s'ajuster à un format qui ne lui est pas conforme, c'est-à-dire ce format qui lui demande l'effort de cacher sa maladie et sa souffrance, « *d'être une autre personne* », de faire comme si rien ne s'était passé. Elle est donc obligée d'« *enterrer dans le ventre* » même son histoire liée au génocide, car elle est liée à celle de l'infection au VIH/sida, dimension de son vécu portée aussi discrètement que possible. Peut-être est-ce une des raisons qui poussent ses mères à revendiquer de façon récurrente un cadre particulier, bien contenant ; un cadre tel qu'« l'Entre-nous », comme elles le qualifient et comme on l'on remarque aisément dans la façon dont il s'est façonné. Partant de l'ambiance du moment et du contexte dans lequel l'inconnu est évoqué, nous avons l'impression que ce dernier n'est pas nécessairement un inconnu au vrai sens du terme. Il s'agit de la métaphore qui, à ce moment bien précis, renvoie au degré de familiarité qui ouvre la voie à la construction de liens ou de la confiance, pierre angulaire préalable avant d'entamer le processus d'élaboration du récit autour de la thématique qui touche l'intimité du sujet. Les propos d'Ange le justifient parfaitement, en soulignant l'inconnu bien connu, celui de la maison.

L'inconnu est doublement vexant. Tu t'approches de lui, il t'écoute pour rien. Il suffit que tu finisses de lui dire ce qui te tient au cœur, immédiatement il s'éloigne et tu ne le reconnais plus ! Tu lui parles, il parle à l'autre. Tu souffres pour avoir parlé au vent, puis tu souffres de ce qui te revient. Mais le pire inconnu est celui de la maison (Une tristesse se dessine). En fait, cette maladie, c'est quelque chose qui te transforme complètement. Tu deviens l'étranger envers les autres, ceux que tu connaissais deviennent les inconnus à travers les actes. Que puis-je vous dire : que je pleure toute la nuit d'être délaissée par ma sœur ? C'est bien elle

qui m'a mise dehors, depuis lors même mes enfants me haïssent. Je vous dis, si le ciel existe réellement, beaucoup de personnes de l'AVEGA y vivront. (Elle en cite certaines, même celles qui ne sont plus là). Avant les groupes, AVEGA était là, nous venions toutes, on ne se connaissait pas, mais AVEGA a pris l'initiative de ne nous faire tester, nous donner les médicaments, maintenant, nous parlons, mais ce que je vais vous dire, c'est que quand nous sommes dehors, nous ne sommes pas en paix. (Ange)

(Avec tristesse) L'inconnu n'est pas celui que l'on ne connaît pas. C'est plutôt celui que tu connais bien, celui de la maison, ou de la porte de la maison. Avant le génocide, je dirais que la vie était une vie, on était là, on mangeait ensemble, on souriait, personnellement je ne savais même pas que ce que je voyais c'est vrai, je me suis demandé si c'est vrai, ou si je rêve, ... c'était qui ? Mon voisin, il nous a fait tous sortir de la maison, il n'avait plus le même visage, il n'était plus le même. Je ne l'ai pas reconnu, même maintenant, quand j'y pense, je n'arrive pas. Ce qui s'est passé, tout ce qui m'est arrivé. Et voilà la personne à qui on est appelé de parler, ... lui dire quoi, qu'est-ce qu'il ne connaît pas ?... Je ne me livrerai jamais à ses moqueries. Qu'il le fasse à mon insu, pas en ma présence. (...), malheureusement, on ne peut pas toujours se mettre à l'écart, hummm ! Turi hagati nk'ururimi (Nous sommes coincées comme la langue entre les dents. (Tina)

Ces propos sont récoltés chez les mères de ces deux sites à des moments différents. Beaucoup d'autres y ressemblent. Nous les faisons ressortir parmi tant d'autres pour souligner la problématique de l'inconnu, déjà connu, méconnu par le fait de refléter l'image qu'il n'aurait pas dû refléter. Nous voudrions aussi mettre en évidence ce langage métaphorique qui demande la faculté de savoir écouter et de se laisser dominer par le mode de pensée de son interlocuteur. L'inconnu apporte une réalité multiface : l'inconnu de la maison que nous avons pris soin d'élucider plus haut et celui de l'environnement proche de la maison. Ce dernier ne signifie rien d'autre que ce qui résulte de la cohabitation des victimes et des bourreaux, phénomène qui demande un effort gigantesque de la part du survivant pour que la cohabitation soit pacifique. Dans leurs propos, les mères fournissent un grand effort pour libérer le récit sans se noyer dans « *l'abîme sans fond qu'a creusé l'inconnu* », comme elles disent. Les mères s'accrochent vite aux actions salvatrices que d'autres mères ont su mettre en place dans l'immédiat : le dépistage pour les veuves du génocide. Cela fut une des plaidoiries que les mères survivantes du génocide ont faites, lorsqu'elles se coalisaient pour revendiquer « le retour immédiat de la vie » (Mujawayo & Souâd, 2011). Dans de telles situations, c'est surtout la personne la plus proche qui devrait en principe soutenir émotionnellement. Au contraire, alors que les plaies du génocide étaient encore béantes, s'est ajouté l'annonce du VIH, un après-coup qui rend éternel le premier trauma et qui fait que la mère est rejetée par ses proches. C'est ainsi que dans le présent contexte, l'inconnu est quelquefois bien connu, celui de la maison, car c'est à lui que les mères se sont confiées en premier lieu.

L'inconnu à nos yeux est évoqué pour déterminer le rapport de soi à l'altérité. C'est ce rapport qui détermine le familier et l'étranger. Quelques contextes font parfois qu'un proche puisse devenir étranger et même ennemi. Comme il n'est pas possible de s'en distancier complètement, nous avons l'impression que les mères réclament un rapport à l'autre dans un format qui leur est familier. Celui d'avant fut détruit par les mots du

génocide, les mots du viol, les mots de l'autre proche qui s'est éloigné par manque de compassion et de discrétion. Un cadre d'accueil empreint de discrétion, enveloppant, contenant, au sens de la délimitation du dedans et du dehors est bien celui-là que les mères veulent co-construire. Le cadre qu'elles réclament à travers leurs propos est comme cet espace transitionnel entre toute la réalité psychique de la mère par rapport à son vécu – exprimé ou latent – et la réalité extérieure, que ce soit dans sa propre famille et/ou dans son environnement proche (Dahoun, 1998). En observant la façon dont le récit est présenté, nous remarquons un début d'ouverture. Tantôt le sujet parle en utilisant le « on » et le « tu », tout en parlant de soi. D'une part, nous comprenons ça comme une forme de crainte de se mettre en scène au centre de la conversation, d'autre part, il s'agit de prendre distance de soi (Coursil & Giot, 2003) pour mieux se décrire, sans s'engloutir dans son histoire.

Pendant la période de 3 mois qui vient de s'écouler sur le site de Remera, et de seulement un mois sur celui de Rwamagana, les jalons de notre dispositif commencent à se solidifier, se délimiter. Le récit teinté de souffrance par rapport au double destin, celui du génocide et celui de l'infection au VIH/sida, se succédant l'un à l'autre, a pu être libéré car la faculté de contenance du dispositif le permettait. Cette étape suit celle de l'hésitation dans la prise de parole. Pour certaines mères, nous observons encore une crainte de s'exposer, signe que pour elle la structure du cadre n'est pas encore conçue selon le format désiré : « L'Entre-nous ». Elles le qualifient de « *itsinda ryo kwiwubaka* (groupe pour se reconstruire) » « *lieu où se rencontreront les mères qui viennent dans le groupe de reconstruction* » ; c'est ainsi qu'elles s'informent à l'accueil de la salle où se tiendra la réunion. Ce n'est que plus tardivement que l'on a pu entendre, par exemple, « *où sont les nôtres ?* » ; X ou Y ou Z passe en retard et on la voit à travers la fenêtre, instinctivement une des mères dit : « *elle ne va pas savoir où on se rencontre entre nous, je vais vite la chercher pour qu'elle n'aille pas ailleurs.* »

Pour cette mère dont les propos vont suivre, aucune résistance dans la narration de son vécu. Nous l'écoutons avec un sanglot teinté d'agressivité envers sa fille qui est devenue pour elle une inconnue alors que son petit-fils est « *l'une des branches (rimwe mu mashami)* » de la souche familiale qui émerge. Des propos de cette mère, « L'Entre-nous », concept opérationnel qui est l'axe central de notre dispositif, apparaît encore, mais n'avait pas encore pour moi beaucoup de signification. Elle va d'abord idéaliser les membres du groupe jusqu'à les transposer en remplacement de ceux de sa famille. Ceux-ci étant soit décimés, soit « *devenus étrangers ou inconnus* ». Elle nous fait savoir qu'elle n'a rien à dire, mais paradoxalement, nous semble-t-il, elle en dit beaucoup. C'est visible dans ces propos bien chargés émotionnellement :

... S'il y a quelqu'une qui a à dire, qu'il parle. Moi je n'en ai pas, bien sûr que je ne crains rien quand je suis ici entre nous, je vous considère tous comme, certains mes enfants, les autres mes sœurs, mes tantes, j'ai trouvé une famille en vous. Mais, ... que dire de la mère de mon petit-fils. C'est une imbécile (sanglot). Voici, mon petit-fils, lui seul peut-être serait la branche pour étendre la famille. Mais, il est aussi comme moi, et comme sa mère. Cette imbécile, idiot, ce chien parmi tant d'autres chiens, elle n'en sait rien, ou en ignore, alors que même son enfant est comme moi... moi, j'avais déjà remercié le bon Dieu que j'ai pu intégrer ce statut et voilà ce que ma fille vient de me faire. J'essaie de mettre certaines choses

de côté, pour pouvoir vivre. Pendant le génocide, je ne serais pas capable de vous dire comment j'ai souffert. Mais, (Elle pleure et c'est difficile de s'en sortir)... leur maladie ne suffisait-elle pour nous tuer ? Fallait-il faire recours aux tiges pointues pour nous faire taire définitivement ? Ce n'est pas ça qui me trouble, ... ce n'est pas possible. ... On les envoie à l'école, ... ma fille est devenue inconnue dans mes yeux, dans peu de temps, elle s'est transformée à une étrangère (umunyamahanga). Figurez-vous qu'elle n'avait pas été infectée bien avant, et maintenant, voici ce fils, qu'elle ne veut même pas regarder... il n'est pas le premier, je vous dis... seulement, comprenez-moi mettre dehors quelque chose de la maison n'est pas si facile, si je le dis ici entre nous, c'est que vous m'êtes désormais une famille.
(Margo)

Margo a l'habitude de venir à la séance avec son petit fils de 3 ans sur le dos. Dans un premier temps, elle pleurait tout le temps comme maintenant à travers ces propos. Avant que les liens ne soient bien tissés, elle était silencieuse ; ce n'est que maintenant, 4 mois après le démarrage des séances groupales, qu'elle se confie à nous, à travers les pleurs auxquels elle associe les mots. Comme dans les propos d'Ange, à travers ceux de Margo nous trouvons aussi l'exemple de l'étranger ou de l'inconnu de la maison. Margo, dans un langage atténuant la cruauté subie pendant le génocide, où elle fut violée en masse, puis par des objets, témoigne que sa fille fut infectée par le VIH et a mis au monde un enfant infecté, après qu'« *elle s'est transformé en une étrangère* » envers sa mère.

Au-delà de sa propre maladie, la fille n'a pas pu supporter la maladie de sa mère. « Aveuglée » par « le moment d'adolescence » (Masson, 2004), en conflit avec sa maladie, celle de sa mère, et l'histoire qui l'entoure, la fille n'a pas pu s'orienter ailleurs que dans la satisfaction de ses désirs sexuels, allant jusqu'à ne plus songer à l'enfant qu'elle a mis au monde. Par conséquent, c'est sa grand-mère qui assume la responsabilité parentale. On dirait que c'est elle sa génitrice. Un tel comportement contrarie la relation mère-enfant (fille), selon différentes mères qui interagissent autour du vécu de Margo, mais en même temps la culpabilité pour la maladie de son petit-enfant ne lui laisse aucun moment pour trouver le sommeil. La fille a commencé à se questionner sur sa mère en même temps, elle a entendu les rumeurs dans son environnement et ainsi elle s'est détournée complètement de sa mère et a commencé à se détourner de toutes les habitudes de la maison. Sa mère raconte : « *...Je ne lui ai même pas parlé de ça. Elle ne l'a entendu que chez les voisins moqueurs, qui devenus étrangers pour nous* », dit Margo. Depuis lors, la fille de Margo fait « *ce qu'elle veut quand elle le désire* » et devient étrangère à sa mère. La prise en charge est assortie de conditions rigoureuses. Sa mère ne peut pourvoir à ses fournitures scolaires, et la fille refuse de poursuivre ses études sous prétexte que les frais de scolarité sont payés par une institution qui prend en charge les personnes vivant avec le VIH, mais aussi et surtout parce que sa mère vit avec le VIH. « *Rien des sidéens,* » lui a-t-elle dit. Même du matériel scolaire qu'AVEGA lui donnait, la fille a tout refusé simplement car « *ça provient d'une association qui appuie les sidéens* », a dit la fille à sa mère.

Même si pour l'instant il n'est pas question d'analyser le portrait de l'enfant, car les figures différentes des sujets de cet âge font l'objet du chapitre suivant, nos pensées ne quittent pas le portrait général de tout enfant-adolescent qui se crée une image propre, tout en mettant en cause tout ce qui ne lui convient pas, même les imagos parentaux (Le Guen,

2001; Quentel, 2001). À un certain moment, la fille a adopté un comportement étrange, la qualité des liens avec sa mère n'était plus les mêmes. La mère témoigne que sa fille est devenue insolente à son égard, et qu'elle sortait et rentrait quand elle le voulait sans rien faire à la maison. Cette mère relativise tout ce qu'elle a enduré pendant le génocide « *parce qu'il en est ainsi pour plusieurs personnes* ». Il nous semble que c'est une façon de témoigner combien les menaces qui proviennent d'une personne proche sont plus violentes et plus destructrices. C'est aussi pour nous une façon de s'épargner d'aborder le pire, sans qu'il y ait de cadre qui puisse tout contenir. Déjà le cadre familial est fragile ; celui-ci qui vient d'être co-construit n'était que dans ses premiers jours. En outre la fragilité psychique qu'a laissée toute la cruauté génocidaire fait qu'elle ne tolère plus les contrariétés des jeunes à l'égard de leurs parents, même si ça pouvait se reproduire dans des contextes ordinaires. Ainsi cette mère, comme bien d'autres, ne trouve plus d'abri chez elle, car elle y trouve aussi les menaces d'un étranger, d'un inconnu, autant que celles d'un ennemi. Avant de clôturer avec ce qui est en rapport avec l'inconnu et/ou l'étranger, nous allons aborder le thème de l'exil comme stratégie pour faire face aux menaces de l'inconnu.

Le groupe évolue par rapport à ce qu'il était au début. Les liens sont plus forts entre les membres, un nom propre apparaît : vers la fin du mois de avril 2012, le concept d'Entre-nous n'était plus anodin à nos oreilles. Mais, il n'avait pas encore pris de forme concrète dans notre représentation. Il ne s'est articulé que dans les thèmes qui vont suivre. En voyant ces thèmes qui vont suivre par rapport aux précédents, on peut facilement scinder notre période de terrain en deux temps. Jusqu'alors, le temps peut être connoté de temps de normalité, à savoir le temps en dehors de la période commémorative, et les thèmes que nous allons décrire ci-dessous ont émergé dans le temps que nous appelons le temps des fantômes d'avril.

Nous abordons aussi la problématique de l'impossibilité de s'exiler, une fois que les menaces proviennent de l'intérieur du sujet lui-même, ce qui est beaucoup plus accablant. Les mères sont anéanties par ce qui est à l'intérieur qu'elles n'osent pas avouer pendant la période du deuil, alors que c'est pendant cette période que l'on prend l'opportunité de mettre des mots sur la souffrance du survivant. Ni clivage, ni refoulement, le système de défense est mis en échec. Pour les mères, « l'intérieur bouillonne » et l'extérieur réactive. Elles nous ont témoigné qu'il leur manque une place « où s'exiler » pour trouver un climat paisible. Ni le climat interne, ni l'ambiance de la maison, ni celle de l'environnement, rien ne peut procurer le repos. Nous rassemblons ce que les mères nous ont exprimé sur le thème de s'exiler de soi et de chez soi. Le chez soi étant à comprendre dans un sens qui dépasse les limites de l'espace familial. C'est, pour nous, un besoin de se sentir chez soi même loin de chez soi. Nous y reviendrons dans le quatrième chapitre auquel on réserve l'intitulé Chez-nous.

3.3.4. *S'exiler de soi, de chez soi*

Dans le présent contexte, « s'exiler » est un phénomène évoqué comme stratégie de survie continuelle et permanente. Plus haut, nous l'avions associé à la question de l'inconnu dans la dynamique du groupe où les liens entre les membres n'étaient pas encore bien solidifiés pour permettre de se confier sans réserve. Pour le moment, il vient souligner combien les mères survivantes sont accablées, fatiguées, anéanties par les vicissitudes qui ponctuent la vie de tous les jours, et notamment le VIH. Le paradoxe est de s'exiler de son intérieur, de son foyer et de son environnement qui accable, mais en portant toujours le VIH dont on ne peut s'exiler. Pour poursuivre avec la chronologie des séances dont il a été fait mention depuis le début de nos analyses, nous en arrivons pleinement au mois d'avril 2012. Les fantômes d'il y a 18 ans qui avaient déjà commencé à menacer les mères deviennent plus intenses. Le réel de la mort prime sur la vie. L'inconnu menaçant n'est plus seulement celui de la maison et celui de l'environnement de la maison. Même le corps de survivant lui est devenu inconnu. Les menaces du dehors sont de plus en plus accablantes, le dedans n'est plus calme. On était sur le thème de l'exil pour s'épargner les menaces du voisin, celles de la maison, maintenant il faut aussi s'exiler de son intérieur. Mais comment ? Tel est le nœud du travail de mémoire dans nos groupes de soutien, tout au long de la période commémorative, du moins pour le premier temps de terrain.

Pour certaines mères, la problématique est complexifiée par le fait qu'elle en arrive au point où les enfants, les adolescents plus particulièrement, ne vont plus à l'école (Margo, Ange, Dora, Rose) ou encore, selon la façon dont ils perçoivent la souffrance de leurs parents, se permettent de poser des questions qui convoquent le passé, déjà présent à travers les fantômes d'avril. En plus des questions qui font mal, les jeunes s'aventurent dans des ambitions hasardeuses qui ne font qu'alourdir la survie des mères. Le cas de Margo, pour qui nous n'avons fait que gérer de telles questions dès les premiers jours de notre rencontre, en est l'exemple. Elle avait toujours la garde de l'enfant que sa fille a mis au monde à l'âge de 15 ans. Signalons que cette fille aussi vit avec le VIH, mais qu'elle le niait encore. Durant cette période commémorative dans laquelle nous arrivons, les pensées des mères qui ont des enfants infectés sont dominées par *la transmission de la mort, la prolongation du plan génocidaire*.

Pour Margo, le climat qui règne à la maison va jusqu'à diffuser dans son environnement où il se dit que la fille est comme sa mère. Par cette façon de dire, l'autre du dehors fait sciemment allusion à l'histoire traumatique de Margo, selon les dires de celle-ci. Qu'elle est veuve, que sa fille est l'enfant d'une femme (*umwana w'umugore*), pas n'importe quelle femme, une femme vivant le VIH dont personne n'accepte qu'il fut induit dans le contexte génocidaire. Au contraire, cette infection est attribuée par l'environnement à une conséquence de son comportement sexuel inadéquat. Les mères infectées dans le contexte génocidaire « meurent » d'être connotées ainsi, d'où la souffrance cachée dans les zones les plus profondes des cœurs. Aux yeux du non initié, dans l'expression langagière du Kinyarwanda, ou devant ceux qui l'ignorent complètement, cette dimension peut paraître superficielle de telle sorte que l'on peut se questionner sur la raison de telle intensité

émotionnelle que ces mères manifestent. Au contraire, chaque énoncé, chaque regard du voisin, accompagné d'une parole, « enterrés dans le ventre », accentuait les hantises étouffantes qui font que le survivant ne trouve plus de sérénité. La profondeur de cette réalité se retrouve dans cette phrase, si courte soit-elle, que Margo lance brusquement en murmurant, et qui fut le catalyseur des murmures chez d'autres mères autour de l'exil de soi, de sa demeure et de son environnement repoussant. « *J'irai loin, loin, malheureusement on ne s'en passe pas. Si je quitte le milieu, où mettrais-je ce qui m'habite?* », dit Margo, en murmurant comme pour essayer de tempérer sa tristesse.

Même si l'histoire singulière peut difficilement se démêler de l'histoire collective, la dynamique du groupe tend vers la fusion, on ne sait plus penser autre chose que ce qui se passe ici et maintenant. C'est le débordement quant à la gestion des émotions. C'est pour nous l'opportunité de percevoir la souffrance particulière de chacun des membres du groupe. Les mères deviennent inconsolables, elles pleurent « *la deuxième mort* », « *la prolongation du génocide* », « *le génocide individuel* » (Bessoles, 2008, p.25) que représente le VIH infligé. Les propos sont émis dans le format du général, l'autre est évoqué dans le « on », tantôt cet autre est soi-même. Le singulier se traduit par le contenu émotif qui caractérise chacune d'elles.

Certaines pleurent pour avoir transmis « la mort » à leurs enfants, d'autres pleurent pour leurs enfants qui les stigmatisent alors qu'eux aussi sont infectés, et/ou affectés. Cette réalité requiert chez la mère une énergie psychique incommensurable, quant à l'effort de tri entre ce qu'il faut dire, quand et comment, et ce qu'il faut taire. Il y en a d'autres qui pleurent en raison des lourds secrets qu'elles gardent et n'en parlent que pour dire que la rupture de ces secrets pourrait occasionner des effets néfastes à différents échelons de leurs liens relationnels. D'autres demeurent dans un silence inouï, un silence chargé, loin d'être celui que prône la culture (Uwineza et Brackelaire, 2012), un silence de mort (Roisin, 2010) parce qu'il est imposé, avons-nous l'impression. Il y'en a d'autres qui pleurent pour avoir été contaminées par les personnes sur qui elles comptaient pour survivre. Toute cette souffrance chargée de paradoxes indescriptibles n'est portée que discrètement, de crainte qu'elles ne soient persécutées par la famille du conjoint aujourd'hui décédé ou de crainte qu'elle n'apporte d'autres effets néfastes à l'intégrité des liens relationnels déjà enchevêtrés. Dans le premier cas de figure, la famille du défunt reprendrait alors les biens de leur fils décédé, dans le deuxième cas de figure, les conséquences au niveau du corps communautaire seraient difficiles à qualifier et à quantifier. Lors des séances groupales qui ont eu lieu pendant la période commémorative, qui couvre cents jours à partir du 7 avril, les mères nous ont témoigné qu'il s'agit de situations impensables. « *...Je ne veux même pas y penser, on est rien, on n'a plus rien, rien à exposer parmi les autres, sauf ici entre nous peut-être (...)* », nous ont dit la plupart des mères, dans un effondrement émotionnel. C'est de telles situations qu'elles connotent comme *manque de place parmi les leurs* et qui les obligent à *s'exiler*. Ce phénomène est différent de ces formes de perte de conscience momentanée que Gishoma (2014) a décrites, ou celle que nous évoquons pour certaines personnes lors de la prise de connaissance du statut sérologique positif. Ce que nous décrivons se rapproche des errances psychiques que Douville (2010) explique, qui

témoignent de la dynamique d'ajustement et de réajustement, pour faire face aux conflits aussi bien internes qu'externes. Nous utilisons l'exil pour tenter de traduire ce que les mères nous disaient à travers ce verbe *guhunga* que nous entendons dans différents exemples de leurs propos comme ceux-ci : « Numva nahunga, ariko se nahungira he ? ko urupfu ndugendana ? wakwihunga se ? » *J'ai envie de m'exiler. Mais, par où puis-je aller alors que la mort est dans mon corps ?*) Certaines avouent que pour se mettre à l'abri, elles s'en iront pour ne pas se recroqueviller sur elles-mêmes. Certaines d'entre elles parlent et ce sont des pleurs qui caractérisent les séances, le carton de mouchoirs circule, d'autres n'en veulent même pas, elles pleurent dans leur pagne, l'ambiance est très lourde. Heureusement que sur l'un des sites le nombre de facilitateurs est majoré par la présence des stagiaires.

Quand je suis seule, je me noie dans les mêmes images, les mêmes paroles me reviennent, j'ai envie d'aller plus loin, ... mais loin, très loin de moi, loin des autres, ...mais malheureusement, c'est le destin, « ntawe usiga ikimuri imbere : personne ne va loin de ce qui lui est en lui » pendant ce temps, je n'ai nulle part où aller. Chez moi, je m'y sens engloutie seule, dehors, avec notre maladie, qu'est-ce qu'on dit ? On a plus de place parmi les autres, moi je ne veux même pas y penser, on n'est rien, on n'a plus rien, rien à exposer parmi les autres, sauf ici entre nous peut être, on peut dire ce qui ronge le cœur. Dehors, on fait semblant de faire comme les autres mais sache que la vie que nous menons n'est pas une vie, c'est plutôt une vie sans vie. (Margo)

Le génocide est venu au Rwanda, il a tout pris. Mais pour nous, il a laissé un proverbe. Un proverbe indescriptible (kuri twe yasize umugani. Umugani utavugwa). Il nous a rendus des muets, au moment où les autres dansent « insinzi », nous nous pleurons silencieusement de la mort des nôtres, celle de nous-mêmes, étant mort-vivant (...). Mais le génocide a mis tout en l'envers. Je n'ai même pas droit de retourner dans la cour où je passais un coup de balai, où j'ai joué et partagé le lait et la nourriture avec les enfants de mon âge. Les années passent, on lance un regard en arrière, on ne voit que le génocide, sinon ses traces. (...) Moi je me dis que le génocide a pris siège. Regarde comme nous sommes, en vie sans vie, faire semblant d'exister sous le regard du voisin moqueur, cacher sa souffrance au moment où les autres la manifestent, se cacher comme si c'est toi le tueur, le génocide que nous avons subi n'est pas comme celui des autres, le nôtre ne finit pas, c'est un génocide individuel que chacune des mères garde pour soi, je dirais que nous nous avons connu la deuxième mort, qui nous impose la vie sans vie... je n'ai jamais cessé de me poser la question de savoir quand réellement le survivant trouvera la paix, chez soi, en soi, parmi les autres ? Dites-le moi, si vous en savez quelque chose, ou dite-moi le contraire si je mens dans ce que je vous dis. (Concilia)

Les propos de ces deux mères ont été émis en sanglotant à différents moments et, pour en arriver à les structurer, cela a pris tout un temps. Nous avons essayé de fragmenter ces témoignages pour essayer de comprendre ce que ces mères voulaient réellement exprimer par certaines expressions imagées. Les autres y mettaient aussi des mots en sanglotant pour élucider le sens mais le complexifiant davantage, chacune selon sa propre conception des deux destins, le VIH/sida et le génocide. La charge émotionnelle était à son paroxysme ; les mères échangeaient des mouchoirs ou s'essuyaient avec leur pagne. Elles nous ont avoué qu'elles voulaient s'exiler d'un tel foyer, d'un tel environnement pour aller loin, « *je ne sais où* ». Mais le grand paradoxe est que le mal les poursuit ou encore qu'elles l'ont déjà

incorporé. Et dans les propos, et dans l'ambiance qui les entourait, nous avons remarqué cette façon de témoigner leur étonnement, leur désarroi, leur désolation, leur confusion, le manque de place qui cachent la honte et la culpabilité chez le survivant infecté par le VIH, qui tente de se chercher une place parmi les autres. En exprimant toutes les souffrances dans un langage imagé, les mères élaborent langagièrement le choc que représentent ces deux réalités brutes que sont le génocide + le VIH/sida.

Les mères ont relevé l'expression imagée par « proverbe » dans les paroles de Concilia qui souligne la radicalité du génocide qui a laissé des séquelles indélébiles dans leurs corps, tout en générant une franche fracture sociale et psychologique. Formuler un proverbe, c'est en général faire allusion à quelque chose d'inoubliable en référence à une histoire troublante. Dans le présent contexte, cette mère ne voulait que faire allusion à l'inscription définitive du génocide dans le corps des mères violées, qui par après se retrouvent infectées par le VIH. Il leur est impossible de prononcer ces deux entités : génocide + VIH/sida, et il ne leur est pas possible de les démêler. Le génocide est hyper présent mais le VIH est clivé et/ou évoqué sous une autre forme pour contourner sa réalité mortifère. Les mères y faisaient allusion en l'englobant dans GENOCIDE comme un « grand masque » qui camoufle toute une réalité de sa cruauté avec la conséquence que cela les « *rend muettes* », impose le silence là où on devrait avoir la parole. C'est à cela que les mères faisaient allusion en évoquant l'infection au VIH qui devient *un proverbe* que l'on ne peut pas raconter, en parlant de la deuxième mort, de la prolongation du génocide ou du génocide individuel et de bien d'autres qualificatifs qui témoignent de la complexité de cette réalité. Ainsi, le survivant se retrouve seul, enfermé dans une position d'impuissance malgré la présence des autres.

Pour le survivant infecté par le VIH dans le contexte du génocide, les mères nous enseignent qu'il n'a pas vraiment de place pour commémorer avec les autres survivants, car « *il y a un autre problème porté discrètement* » qui le rend muet. La plus grande difficulté est de pouvoir s'incorporer dans le corps social. Ainsi, elles sont obligées de faire semblant qu'elles sont bien portantes pour s'épargner le regard et la parole de l'autre non compatissant. C'est en quelque sorte la soumission à la demande du dehors. Pour ces mères, les occasions qui poussent les autres à chanter, à danser, les renvoient dans leurs *mauvais jours*. Car le génocide est perçu comme un fait sans fin ; il se prolonge éternellement dans leur corps à travers la maladie. Ainsi, nous comprenons pourquoi ces mères nous ont témoigné de l'impossibilité de chanter et de danser « *insinzi* » (la victoire). Les propos de Marie-Odile Godard, que nous avons repris précédemment, trouvent ici leur place : « Ce n'est pas la fin d'un génocide qui achève un génocide » (Uwineza & Brackelaire, 2014, p. 147). Pour ces mères qui se retrouvent dépourvues de place, le groupe devient le support privilégié, un endroit où elles peuvent s'exiler pour s'épargner des menaces du dedans et du dehors et y puiser l'énergie pour les affronter. Ainsi, il est possible pour elles de dire ce qu'elles ne sont capables de dire nulle part ailleurs, ou de garder silence, ou de régresser d'une façon ou d'une autre sans crainte d'être critiquées, comme en témoignent les propos ci-dessous. À ce stade, nous avons l'impression que le groupe est idéalisé par chacun des membres.

Ce groupe est pour moi un lieu de refuge. Je ne peux pas rester chez moi toute la journée. Si j'avais où aller pour de bon... Malheureusement, je viens tout au long du chemin avec les hantises de chez moi, je ne trouve le repos qu'ici... Arriver devant la porte, je reprends tout mon fardeau, nous avoue l'une d'elles.

Le concept de chez moi, évoqué dans les propos de cette mère, renvoie par extension à celui de chez nous. Dans le présent contexte, ce concept ne se limite pas nécessairement à sa maison ; elle l'utilise aussi pour témoigner de l'ambiance de sa région. Une autre mère appuie ces propos. Elle exprime la crainte de retourner chez elle, à l'Ouest du pays, où elle a une fois failli tomber dans une embuscade où des gens voulaient la tuer, alors qu'elle avait osé y retourner pour revoir les terres de ses parents. La question du VIH bien qu'inapparente, est toujours présente et la mine :

[...]. Avec ça je ne vis pas. Si c'est mourir, je suis déjà morte. Le malheur, c'est seulement subir une mauvaise mort, celle que nous subissons chaque jour.

Ces propos englobent tous les mécanismes de survie que ces mères mettent en place face au climat interne et externe causé par la maladie, par les questions des enfants, par l'ambiance commémorative et la vie de tous les jours dans leur environnement. Voilà donc le parcours que nous avons traversé avec ces mères pour fixer les jalons, mettre les bornes de notre dispositif et solidifier les liens. Depuis la salle d'attente, puis dans le petit groupe qui se rencontrait dans la grande ou la petite salle, nous interrogeons les mots, le familier, l'inconnu l'altérité, face à la souffrance psychique. Comme c'est dans la langue que s'organise d'abord le crime (Godard, 2014), pendant tout ce temps nous travaillions *les mots*, pour leur conférer des sens contraires à celui dont disposaient les mères. Autrement dit, les mots destructeurs que les mères avaient entendus les avaient détruites. Soulager par les mots, nous ne pouvions pas le mettre en route sans un tel travail. Faisons remarquer que les thèmes se sont beaucoup plus focalisés sur la profondeur de la souffrance par rapport au double destin et sur les autres dimensions connexes.

Durant le temps passé jusqu'au début des commémorations, celui que nous connotons de temps normal, les récits des mères laissent entrevoir qu'elles furent surtout préoccupées par la lutte pour la vie. Elles parlent de leur combat pour survivre et affronter les vicissitudes de la vie quotidienne. Mais la vie ou la survie coexistent avec *la mort* qu'elles perçoivent dans la maladie et à travers tous les gestes malveillants. Le regard méfiant, non compatissant, les mots blessants, le contexte du monde extérieur sont perçus comme une menace anéantissante, au même degré que la mort infligée. Cependant, pendant la période que nous appelons temps de normalité, la lutte pour la vie prédomine. Nous le voyons à travers leur désir de venir à la clinique pour s'approvisionner en médicaments, pour la recherche du bien-être et l'éducation des enfants, etc. Cependant la question de la mort n'est pas classée sans suite. Il nous semble qu'elle est fort présente dans le silence, dans les pleurs ; de temps en temps, elle est amorcée très difficilement, car « *ça fait peur d'y entrer* », disent les mères.

Pendant cette période de commémoration dans laquelle nous nous situons pleinement, les propos des mères témoignent de l'omnipotence de la mort. Tout le récit tourne autour de

la source de tout le mal : le génocide, et le sujet ne parvient pas à se désinvestir de ses objets perdus. Le vécu est exprimé de différentes manières : le silence inouï, les pleurs, les sanglots, les gémissements, les cris. Pour ceux qui parvenaient à émettre des propos, ici ils sont libérés à leur état brut et catégorique. On se permet de verbaliser ce qu'on ne dirait nulle part ailleurs ; nous avons l'impression qu'elles se sentent dans un cadre qui offre une telle opportunité. Ci-dessous, quelques exemples :

3.3.5. La vie des morts et de la mort des survivants

Si c'est mourir, je suis déjà morte, ce n'est que ce petit souffle qui ne s'arrête pas pour que peut-être mes enfants grandissent un peu. (Concilia mère de deux enfants)

Sur l'un des sites, nous étions trois comme facilitateurs du groupe, sur l'autre, quelquefois nous commencions les préparatifs à deux, mais parfois arrivait un imprévu qui faisait que nous restions seule. En écoutant les propos des mères avec qui nous sommes, pour ces séances que nous résumons sous les thèmes de *la vie des morts et de la mort des survivants*⁷⁰, on a l'impression, la certitude presque, que les fantômes du génocide étalés sur une période de trois mois se remettent en activité. Et les trois mois se compriment en un seul, AVRIL, qui à son tour contient toute une éternité de souffrance mortifère.

Nous ne présentons pas seulement les thèmes qui ont émergé lors de ces séances. Nous nous basons aussi sur quelques séances décrites précédemment, pour justifier l'initiation des séances pré-commémoratives. C'est d'ailleurs de cette période qu'émane notre méthodologie. Certains extraits sont issus des séances de mars et d'avril 2012.

3.5.1. « Les morts ne sont pas morts. Seul le survivant est mort-vivant »

Au mois de mars, au Rwanda, toutes les forces nationales sont mobilisées pour se préparer à la semaine nationale de commémoration du génocide, qui commence le 7 avril. Pour le survivant, la mémoire vive du génocide persiste pendant les 100 jours qu'il a duré. Le reste de l'année, tout reste conservé dans le disque dur de sa mémoire. Dans les services sanitaires, surtout dans le volet psycho-social, les psychologues accompagnent déjà les gens dont la crise s'installe anticipativement. Ils donnent aussi des formations dans différentes institutions, à titre préventif. C'est la même chose au sein d'AVEGA.

Après une brève présentation et le rappel des règles de protection qui se sont construites progressivement, chacun des membres partage avec les autres, son propre vécu, avec l'expérience du génocide et le VIH. Ce n'était pas programmé ainsi, mais une des mères lance plutôt une question formulée de manière générale pour chercher réponse à ce qui la préoccupait : « *Comment peut-on procéder pour faire le devoir de mémoire tout en évitant les conséquences qui s'en suivent, je veux dire en se construisant, sans en mourir ?* » Nous comprenons que cette mère dépose entre nous ce qui la préoccupe. Nous poursuivons sur

⁷⁰ Pour reprendre les propos de l'une des mères : Les morts ne sont pas morts. Seul le survivant est mort-vivant.

cette question, mais d'une façon générale, sans viser quelqu'un particulièrement, comme la mère elle-même avait procédé. On commémore, on communie à la même mémoire. Certaines femmes vont partout dans les lieux de commémoration, sans parler, mais s'investissant sans réserve dans les préparatifs. Qu'importe le coût ! Elles ne comptent plus :

Le mois d'avril est arrivé. C'est le mois qui nous touche toutes, il a une histoire qui touche chacune d'entre nous. Vous nous réservez le temps pour s'y préparer mentalement. Non, vous faites bien, mais pour moi, on ne s'y prépare pas. Normalement on va où les autres sont, sans savoir ce qui va t'arriver. On a envie d'y aller, mais la tristesse ne t'avise pas, elle te surprend comme ça et la personne se retrouve à l'hôpital, ou ailleurs, sans savoir comment il y est arrivée. Personnellement, je suis une des personnes qui ont l'habitude d'aller partout. Quand j'entends l'annonce pour la commémoration, je veux absolument être là. Je rentre avec les maux de tête, la tristesse, l'agressivité, etc. Je sais que ce ne sont pas de bonnes expériences pour la santé mentale, mais ce que je ressens quand je ne suis pas partie est plus grave que ces maux de tête. La culpabilisé reste en moi durant toute une année. D'ailleurs elle ne me quitte pas (avec les yeux larmoyants et la boule dans la gorge perçue dans la tonalité de sa voix). Donc partout où on va exhumer les corps, je sens que je dois y être, parce que lorsque je n'y vais pas, je ne me sens pas à l'aise.

... C'est ainsi. Ça me fatigue, ça me rend malade, mais je ne sais pas pourquoi je suis obligée d'aller partout. Ce que je sais, c'est seulement que je dois y aller, accompagner les autres dans l'enterrement, s'il s'agit de laver les restes des corps, je le fais avec courage (en élevant la voix tout en essayant de retenir les larmes qui vont se déverser)... On ne peut pas trouver de paix. Je voudrais aller partout, le seul endroit qui me reste pour chercher, c'est tout près de la rivière vers Butare, où l'on m'a dit que ma mère et mon frère ont été jetés. (Elle pleurait beaucoup jusqu'au point de perdre la voix, les dernières parties de ses phrases sont presque inaudibles.)

C'est un silence qui s'en suit. Chaque mère affiche un masque de tristesse. Nos collègues ne tolèrent pas ce silence. L'un d'entre eux prend l'initiative de mettre des mots autour des propos de cette mère, façon d'inviter les autres à s'exprimer, sans laisser la mère émotionnée seule sur la scène de la souffrance, avec cette conviction que « *le survivant est mort-vivant* ». Il va mettre en évidence le versant positif dans ce geste d'aller partout où l'on pratique des commémorations pour s'y appuyer, bien que ce soit très fatigant. Serait-ce une façon de restaurer les pratiques culturelles que de secourir la personne en besoin comme cela était le cas dans le temps ? En effet, n'est-ce pas là peut-être le soutien mutuel en cas de décès ordinaire ?

Notre collègue souligne que cette mère va partout, comme si « *c'est le devoir de soutenir les autres comme c'était le cas autrefois, en cas de décès et/ou d'autres malheurs.* » Cette intervention redonne du courage à la même mère pour poursuivre son récit. On peut se demander ce qui engendre ces vagues émotionnelles : s'agit-il réellement du secours et du soutien mutuel dans le devoir de mémoire comme cela a toujours été le cas dans les séances groupales précédentes ou s'agit-il plutôt de l'impossibilité de se désinvestir des objets perdus ?

Oui, c'est comme le secours mais je ne sais pas, il m'arrive d'être très triste et agressive en voyant les autres en crise. Mais je préfère cette crise plutôt que ne pas y aller car c'est ça qui me rend gravement « traumatisée ». Lorsque je reste à la maison et que l'on commence à donner les témoignages et réciter des poèmes ; quand je les suis à la radio sans que je sois là où les cérémonies se déroulent, c'est là que je deviens trop « traumatisée », plus que quand je suis sur le champ avec les autres. Même à la maison, il suffit que j'écoute la radio ou que j'y pense, je pleure seule durant toute les cérémonies.

Une discussion intervient, entre les pleurs, sur le concept de traumatisme qui a trouvé une place dans le vocabulaire du Kinyarwanda. Certaines mères précisent qu'il est normal de pleurer quand on se sent triste, nos collègues appuient cette idée, la mère s'oppose catégoriquement et revient sur les pleurs atypiques. Après avoir parlé de la place de la mère dans la culture rwandaise, de ses devoirs et de ses responsabilités, de sa discrétion, de sa patience, surtout pour le bien des enfants, elle se décrit en temps « normal » comme ayant de bonnes relations en famille et avec l'entourage, et comme étant toute différente pendant les commémorations.

... Mais moi, je trouve que ces pleurs ne sont pas normaux. Pleurer sans arrêt ? Pourquoi attendent-elles le mois d'avril ? Avant il n'y a pas de tristesse ? Moi j'ai autre chose d'étrange qui m'arrive durant cette période. Normalement je suis bien avec les autres dans tout le quartier. Je reste avec les enfants de tous les voisins, mais quand les jours de deuil sonnent, j'ai quelque chose. (...) Quand le mois d'avril sonne, comme maintenant, voyez-vous, nous y entrons... Un sentiment de haine des gens me domine. Je ne veux même pas une personne qui passe devant ma maison. (Avec agressivité et tendance à pleurer) Donc lorsqu'il s'agit de la période de deuil, tout le monde me connaît et ils me laissent la paix et se disent qu'il faut bien se comporter devant moi, ils évitent de m'irriter. Ils savent bien que la personne qui ose papoter en me taquinant m'aura, même les enfants savent que je ne suis pas une mauvaise personne, mais durant cette période ils trouvent que je suis mauvaise et passent loin de moi, ils me voient, je sors, je reviens, de retour de partout où on a commémoré.

Ce qu'elle dit, c'est fréquent : par exemple moi lorsque ça commence, je commence de pleurer dès la première étape jusqu'à la dernière minute. J'ai pris mes propres stratégies. C'est-à-dire que ce qui me donne la paix, c'est de rester à la maison, de ne pas écouter la radio, ni de regarder la télévision, parce que, lorsque je le fais, je commence à visionner mon propre film d'alors. Je les vois dans mes... dans mes yeux, je les vois tels qu'ils se sont produits. (Devient triste) Même si j'en parle... (Silence). La période du deuil est une chose qui me fait retourner dans tout... Je vois les miens comme s'ils étaient debout, ceux qu'ils aimaient, et j'en fais un film. Lorsque je suis avec les petits-enfants je sens qu'ils ne disent rien devant moi. Je ne leur donne pas du temps lorsqu'ils osent me demander quelque chose, je ne désire rien à ce moment, (yimyozé avec une voix en voie de disparition,) c'est dur... c'est trop dur... oh, oh oh !!! C'est injuste. Si on en pleure, on ne finira jamais et si on en parle, on ne trouvera pas le temps. (Les émotions commencent à monter chez tout le monde.)

Comme nous le remarquons dans les propos ci-dessus, la période du deuil requiert une énergie psychique énorme de ses mères. Une partie de leur vécu est commémorée avec les autres, une autre est commémorée en silence. C'est ce qui fait coupure dans le récit, silence, pleurs. Nous avons l'impression qu'une question reste toujours en suspens, inabordable ;

toute attentive de l'aborder replonge la mère dans la scène traumatique. C'est ainsi que les unes deviennent muettes, tandis que les autres commencent à parler et s'arrêtent subitement. Ci-dessous quelques bribes d'extraits des différentes mères, où il est difficile de retrouver un enchaînement logique. Il nous semble qu'une partie du récit n'est pas partagé, et qu'il flotte encore. Les énoncés très courts témoignent de la profondeur et de l'étendue démesurée du gouffre génocidaire.

- *Y entrer fait tellement peur... c'est trop ! C'est lourd, non, c'est injuste, c'est un long film, difficile à visionner encore.*

- *...Les mort ne sont pas morts, seul le survivant est mort vivant... j'en ai plusieurs cœurs, je ne vais pas y entrer... Même si on parvient à endurcir le cœur, ça ne tient pas pour longtemps, imitima ikubana myinshi⁷¹....*

- *...S'il fait jour, la nuit ne tombe pas, s'il fait nuit, on n'arrive jamais à l'aube. Ce sont des moments durs ! Pour moi... le génocide n'est pas fini, il ne finira jamais ! Le génocide, ce génocide,...maintenant même, nous sommes encore dedans (n'ubu tuyirimo) ! Maintenant même pendant que je vous parle, il est en cours d'exécution. Quand est-ce qu'il va finir ? C'est quand que cette voix de l'ombre de la mort qui nous tourmente jour et nuit s'arrêtera. Et c'est quand ? Quand tu arrêteras de respirer.*

Tels sont les fragments d'extraits que nous avons retenus de ces mères à différents moments pendant les mois de mars et d'avril 2012. Ces extraits nous traduisent la vigueur de la mort qui s'est inscrite dans le psychisme du sujet à travers les scènes traumatiques subies pendant le génocide. 18 ans après, les mères vivent les mêmes scènes comme si ça se passait dans l'ici et maintenant (Munyandamutsa, 2004 ; Gishoma, Brackelaire, Munyandamutsa et al. 2014, Métraux, 2004). Quelques mères ne se lassent pas de parcourir tous les lieux de commémoration. Qu'ils soient proches ou éloignés, elles y vont. Elles recherchent quelque chose qu'elles ne connaissent pas, « *je sens que je dois y aller, je ne sais pas pourquoi* ». Le mois d'avril est pour elles un rappel que le réel de la mort est encore là. C'est ce que ces mères formulent à tour de rôle à travers le thème ci-dessous que nous trouvons dans les propos de l'une d'elles.

3.5.2. « *Le génocide, nous sommes encore dedans* »

Pour dire quoi que ce soit sur le thème très sensible du génocide toujours en cours d'exécution, selon la citation d'une mère « *Le génocide, nous sommes encore dedans* », nous ne pouvons que commencer par justifier son sens et son contexte par les propos de Jean Gagnepain.

Une des premières choses que nous avons constatées, c'est que nous n'arriverions à rien tant que nous comparerions les énoncés produits par les malades avec ceux, normalisés, que nous attendions. Autrement dit, si vous proposez une question aux malades qui répond de travers, et que vous comparez sa réponse à la réponse que vous pourriez préférer, vous n'apprenez rien de son cas, sinon qu'il est déviant (Gagnepain, 1989, pp. 233-234).

⁷¹ Littéralement, « les cœurs deviennent nombreux ». Dans le présent contexte, quand la personne songe à narrer son histoire traumatique, le cœur en devient perplexe, au point qu'il ne sait pas à quel saint se vouer. Ces pensées sont dominées par la peur, l'effroi, l'inconfort envers tout le monde.

Cette idée que le génocide est toujours présent ressort à plusieurs reprises chez certaines mères, quand elles tentent de juxtaposer le vécu avec le VIH et celui d'avec le génocide. Ces deux entités différentes sont séparées, même dans la planification de leur prise en charge, elles sont pourtant inséparables, mais irreprésentables par le psychisme du survivant infecté par le VIH/sida. La prise de connaissance de l'infection du VIH constitue un après-coup, dont la (re)signification traumatique confère au génocide le caractère de potentialité ineffaçable. Ces événements « deviennent expériences et prennent une signification traumatique, non pas tant au moment où ils se produisent, que dans leur souvenir et leur reconstruction après un certain délai » (Gentile, 2009, p. 1673). On dirait que le temps ne fonctionne plus en suivant sa direction habituelle (Davoine & Gaudilière, 2004).

C'est toujours le mois d'avril qui toque à la porte des mères présentes dans notre groupe de soutien alors que nous sommes réellement au mois de mars. Marie-France doit aller partout, Salima, veut aller où sont les dirigeants : « *peut-être, ils vont dire quelque chose qui va cicatriser les blessures de nos cœurs* », pense elle. Concilia, Letty et Grathia ne vont nulle part, elles restent au lit. Concilia ajoute, « *pas de radio, ni de télévision, pas de cris d'enfants alors que d'habitude je ne me réjouis que de ça* ». Bien que chacune réagisse à sa façon pour rester soi, face au coût du devoir de mémoire, le génocide, source de tout le mal, reste un fait sans fin. Pour elles, « *il est en cours d'exécution.* »

Chaque acte qui rappelle le génocide renvoie immédiatement chacune d'entre elles à ses *moments durs*. Le terme de moment dur contient le vécu de chacune particulièrement, son histoire singulière par rapport à ces deux fatalités et à la réalité qui les entoure. Rassembler cette réalité dans une période qu'elles nomment « *un moment* » qualifié de « *dur* » renvoie à cette éternité de l'impact génocidaire. Ses effets dans le corps du survivant infecté par le VIH ne peuvent peut-être pas être situés précisément dans le temps, c'est-à-dire que l'on ne peut pas y poser de bornes de début et de fin. À la limite pour ces mères, le début de tel ou tel moment peut être ciblé, mais jamais la fin. Voyant comment les mères relatent ces moments, il nous semble qu'elles leur attribuent des qualificatifs selon le vécu de l'une ou l'autre, avec beaucoup de réserve pour les décrire, car ils sont indescriptibles. Nous avons l'impression qu'elles suspendent effectivement leurs récits au bord de *l'indescriptible* pour ne pas s'y noyer. C'est *un trou sans fond, la vallée marécageuse de sang, la journée sans soleil, la pluie dans les sorghos, la longue nuit, le temps des ténèbres* et enfin *la vie sans vie*, autant de termes entendus lors des interactions entre les membres du groupe.

Dans le temps de normalité, c'est-à-dire les mois en dehors de la période commémorative, le génocide se manifeste dans « *la condamnation à la prise des médicaments de tous les jours, les visites réglementées à la clinique, la mise en quarantaine par les proches, etc.* ». Dans cette période pré-commémorative, toutes les actions qui s'organisent pendant la période de commémoration proprement dite réactivent le vécu du passé ; les mères recommencent à le vivre dans les souvenirs. Sur un ton agressif et avec des sanglots, cette mère nous fait part de ce qu'elle ressent, quand elle va à tous les lieux pour commémorer avec les autres.

... Je trouve que c'est le génocide qui nous poursuit. Après tous ces moments durs, nous sommes condamnés à courir à gauche et à droite, mêmes vous autres, qui ont fait des études,

dites-moi ce que vous apprenez. Le génocide, le génocide, le ... Regarde ces enfants (nous 3, les facilitateurs de la séance) vous avez fait des études, toi, tu vas même en Europe, pour étudier quoi ? Le génocide. Tu es ici avec nous pour parler de quoi ? Du génocide. Est-ce que je mens ? Et nous ? Quel en est l'héritage ? Sida, gacaca, courir, vivre sans vivre, ...vie ? Quelle vie, vie sans vie, est-ce ça la vie ? (Pleurs... long silence et pleurs intenses). Voilà, pourquoi je vous dis que le génocide ne finira jamais, nous sommes encore dedans, maintenant même pendant que je vous parle il est en cours d'exécution. C'est le génocide qui nous commande, moi je sais que ce que je fais n'a pas de réponse, mais je ne peux pas faire autrement. Partout où on commémore, j'y vais ; pendant que l'on exhume, je suis là ; pendant que l'on lave les restes des corps, je suis là ; je passe des nuits blanches autour du feu, avec notre état, ... (Silence et pensive) Vous le savez, ça ne peut que me détruire, physiquement et moralement, mais ne pas le faire me fait tellement mal. Je préfère y aller plutôt que passer la nuit entière à se disputer avec le cœur⁷².

« La mémoire est une action » (Pierre Janet, 1984, cité par Brison, 2003, p. 91). De Freud à Pierre Janet, l'acte essentiel de mémoire consistait à raconter. Selon ces auteurs, le temps passé dans le travail clinique autour des traumatismes était le récit, mais aucun travail ne montre la raison pour laquelle les récits jouent un rôle dans la survie. C'est un mystère aux yeux de Brison (2003). En d'autres termes, on se demande par quel puissance une telle co-construction, de mots, d'écoute, de silences et de ressentis échangés entre les mères les unes les autres, contribue à la reconstruction d'une mémoire abolie. Pour certaines mères, la mémoire consiste en l'acte de parcourir les lieux de mémoire, de crier à voix basse, de gémir, d'errer dans les pensées ; pour les autres l'acte de mémoire les renvoie au lit et suspend la vie puisqu'elles se coupent du reste du monde. Rien ne leur procure de la joie, « *même les cris des enfants* ». Se rassembler en ce lieu constitue une action de mémoire qui ne consiste pas nécessairement à raconter. C'est pour nous une offre que chacun utilise selon ses besoins. Notre attention dans ces groupes est captée par les réticences à se raconter ; pourtant un récit peut s'élaborer dans le réservoir intime des secrets⁷³ de la personne.

Comme on peut le déchiffrer clairement tout au long de l'élaboration de ce texte, le vécu avec le VIH n'est pas exprimé distinctement. Il est derrière le rideau du silence et de l'esprit pensif, quelquefois accompagné par des pleurs ou d'autres tournures de langage, comme : « *nous qui sommes comme ça, avec notre état, cet héritage, la maladie, etc., avec la vie sans vie, au lieu de mourir-vivant/debout...* ». Les mères, chacune à tour de rôle, mettent des mots sur le devoir de mémoire qui oblige certaines personnes à aller partout. Chacune qui prend la parole relate son vécu avec le génocide, mais comme nous venons de le dire, le vécu avec le VIH semble bien dissocié de la totalité de l'histoire des mères. Chez certaines mères il est évoqué d'une manière métaphorique

⁷² Se disputer avec son cœur : expression que l'on utilise en Kinyarwanda, « *kuburana n'umutima* » qui veut simplement dire, se perdre dans des pensées accusatrices, autour d'un choix que l'on aurait dû faire au lieu d'un autre. La personne est dominée par le regret, le sentiment de culpabilité.

⁷³ Par réservoir intime, nous voulons dire le contenu du silence enfoui. Pour les mères, ce qu'elles ne disent pas ou les lourds secrets, ce qui est supposé être gardé comme top secret (*kuvuga akari imurori*), sont « enfouis dans le ventre » (*i murori*). Le réservoir est donc cette zone du corps que l'on ne peut pas localiser, dans le ventre (*i murori*).

« *Ce phénomène d'aller partout où l'on commémore est perceptible chez les personnes qui n'ont pas pu trouver les corps des leurs* », rapporte une autre mère. Et la voilà qui spontanément donne son témoignage. Elle allait partout avant de retrouver les restes humains de ses parents. Cette phrase laisse émerger des émotions, du chagrin et de l'agressivité, avec des gémissements. Écoutons celles qui n'ont jamais encore trouvé les corps des leurs.

Mon mari, ma mère, mes frères, tous, je ne les ai pas trouvés, je vais partout, même au lac Victoria, j'ai envie d'y aller, car nos rivières ont emporté les corps des nôtres dans ce lac. (Marie France)

Qui parmi les miens ai-je retrouvé ? Même si on me demande d'aller les chercher dans les eaux de l'Abyssinie où les tueurs les envoyaient, j'y irai. (Salima)

Le récit de Salima semble stimuler les autres, et peut-être même les contaminer par ses émotions débordantes. La tristesse ne se dissipe pas chez Concilia depuis ces premiers jours. Aujourd'hui elle pleure à cause des tombes de ses grands-parents, idéalisés comme étant ses vrais parents. Bien qu'ayant été inhumés dans la décence et dans la dignité, elle ne peut y retourner pour quelques rituels, malgré tout ce que cet espace représente pour elle. Elle reprend les propos qu'elle avait déjà soulevés il y a un mois, ceux liés aux terres, ceux liés à son existence réduite à néant par les proches mais que le climat interne ne lui a pas permis d'élaborer. Dans sa façon de raconter, tantôt elle se donne la valeur des vivants et s'oppose à la conception de son cousin que la réalité d'après génocide a placé dans le rang de la fraternité et à qui on a confié le droit d'aïnesse. Tantôt, elle le rejoint dans la même conception :

Au moins eux sont partis sachant ce que c'est l'être humain. Que puis-je dire ? ...Moi, mes grands-parents, que je considère comme mes vrais parents, ont été ensevelis dans la dignité, quand la vie était encore la vie. Mais le génocide a mis tout en l'envers, la vie n'est plus la vie... c'est une vie sans vie, c'est comme ça que je la trouve... on ne nous considère pas comme les autres. Mon frère avec qui je suis resté a tout vendu, même la parcelle de chez mes grands-parents. Il ne me voit qu'en dépouille mortelle qui est là, ne me donne aucune valeur et se permet d'entrer dans la propriété qui nous appartient à tous sans me consulter, comme si j'étais déjà morte. (...). Il a raison de me confondre avec les morts. Moi, même je ne peux pas les abandonner. Je marche avec eux, même s'ils sont morts. Ce que je désire n'est rien d'autre qu'une petite parcelle seulement là où sont enterrés mes grands-parents. Et la cour que j'ai balayée, sur laquelle j'ai joué avec les enfants de mon âge après avoir partagé la nourriture et le lait de vache. ... C'est dommage, laissez-moi vous dire, je n'ai même pas le droit de retourner dans la cour où je passais un coup de balai, où j'ai joué et partagé le lait et la nourriture avec les enfants de mon âge, c'est là que j'appelle chez moi, ce sont mes grands-parents que j'ai tant considérés comme mes vrais parents, car c'est avec eux que j'ai grandi... Mon frère, mais en réalité mon cousin, c'est le fils de mon oncle, c'est lui le plus âgé, qui est resté dans notre famille, que nous considérons comme notre père, mais il ne me compte pas parmi les vivants. Il a tout pris et ne se rappelle pas des autres. On dirait que l'on ne se connaît pas. Il avait l'habitude de me distraire avec quelques sous par mois, et finalement il a tout arrêté. En fait, ... dans cette vie sans vie de chaque jour, on est mort vivant, c'est comme ça que les autres nous voient. Il me voyait toujours triste, faible,

maladive et ne me donnait qu'un seul jour de survie. Mais finalement, il a vu que je ne mourais pas vite, sauf que je meure progressivement, ça je le sais, mais alors... même si je suis mourante, n'ai-je pas le droit d'aller à la tombe de mes grands-parents ? C'est là où j'ai évolué, c'est là chez nous, c'est là où je me sentais en sécurité, j'en ai aussi une part. Je ne demande pas une grande parcelle, je ne demande que ça... Ce génocide, ce qu'il nous a apporté, c'est la malédiction, il n'y avait personne de plus gentil que mon frère, mais, le génocide l'a changé, je dirais qu'il n'as pas tué seulement les humains, il a tué aussi l'humanité, et l'entre nous (umurunga waduhuzaga) qui nous liait,...on se voit seule dans ce combat,... oui on peut le dire, mais, à quoi bon se mettre dehors seule... (Concilia)

En voyant l'importance que Concilia accorde à la propriété de ses grands-parents, nous apprenons l'importance de la demeure de quelqu'un, le chez soi. Concilia décrit cet endroit comme un lieu qui offre la sécurité, qui détermine une appartenance. C'est là qu'elle pouvait programmer les travaux et/ou les jeux avec les autres enfants de son âge, le nœud des bons souvenirs ne réside que là. Nous remarquons que Concilia ne veut pas perdre complètement ces objets. Mêmes si les plus précieux, qu'incarnent ses grands-parents au premier rang, sont perdus, cette mère refuse l'effacement total de leurs traces. Nous avons l'impression qu'elle éprouve des difficultés à se désinvestir de ses objets aimés qui sont conçus comme des objets vitaux (Roisin, 2010). Bref, Concilia ne souligne que les valeurs des repères de ses origines, qu'incarnent la vache, le lait, la terre, la fratrie, le voisinage, la famille. N'est-ce pas ce qu'elle veut nous communiquer ? Elle insiste sur l'obtention de quelques coins, tout en précisant les souvenirs des bons moments qu'elle y a eus : le lieu où elle a grandi, la cour qu'elle a balayée et dans laquelle elle a pu jouer avec les autres enfants de l'époque ; en peu de mots, Concilia réclame un lieu de vie, chez soi. Même par le besoin de rester avec la tombe des grands-parents défunts, elle ne veut que prolonger la vie. Ces tombes sont importantes pour sa mémoire, pour qu'elle puisse garder « ce chez-soi », l'objet précieux qu'elle a eu dès l'enfance jusqu'à maintenant, alors qu'elle se croit mourante. C'est cet objet qu'elle souhaite garder, recréer symboliquement dans le groupe et le transposer partout où elle va. Ça se voit dans son insistance pour garder ces espaces, si petits soient-ils. Elle souligne qu'ils vont lui suffire. « *Le reste, ce n'est pas rien, c'est toute une colline, avec une grande forêt. Toute une fortune* », relève Concilia. Tout cela ne signifie pas grand-chose pour elle, elle accepte de tout céder, sauf la cour de la maison qui n'est plus et les tombes de ses grands-parents.

En évoquant le caractère destructeur du génocide, apparaissent également la complexité de la filiation et les problèmes généalogiques qui caractérisent l'après génocide au Rwanda. Le concept d'Entre-nous y réapparaît, lieu qui concentre les liens de filiation et d'affiliation, en même temps espace transitionnel qui réunissaient les proches, et qui a malheureusement disparu en même temps que les personnes humaines. C'est cette complexité des rapports, des liens de filiation, occasionnée par le génocide que les mères nous partagent. La vie pendant le génocide est toujours difficile à aborder. Nous avons l'impression qu'il n'est toujours pas temps d'aborder l'indescriptible. Elles l'amorcent et l'enjambent directement par crainte de tomber dans un chaos émotionnel et pour éviter des problèmes familiaux ou environnementaux avec les soi-disant sauveurs ou protecteurs. Ces moments englobés dans la période que la plupart des mères connotent de période de

ténèbres sont soulignés comme le pire des événements traumatiques rencontrés. Nous en déduisons que c'est peut-être le manque de réponse, ou le fait d'agir contrairement à ce que prescrit la culture comme l'indique René Kaës.

La culture soutient le processus de la structuration psychique en introduisant le sujet à l'ordre de la différence, spécialement dans les rapports décisifs des sexes et des générations ; à l'ordre de la langue, c'est-à-dire au système de signification dans lequel s'arrime sa parole singulière ; à l'ordre de la nomination, c'est-à-dire au système de désignation du sujet dans sa place dans une généalogie, dans sa position sexuée, dans son affiliation sociale et culturelle [...] elle rend possible l'accès à la symbolisation. (René Kaës, cité par Altounian, 2000, p. 23)

L'impossibilité de symboliser, la confusion des relations expliquent la particularité du génocide perpétré contre les Tutsi au Rwanda. Ce que les mères nous racontent s'inscrit dans l'ordre de la suppression des référents symboliques et traduit bien pour elles la destruction de l'entre nous, chose inévitable dans un génocide de proximité. C'est ainsi que le recours à la parole n'est facile et possible qu'à Entre nous.

Une mère, que nous nommons Maria, va aussi avoir le courage de mettre des mots sur ses maux. D'habitude, nous la reconnaissons à son sourire qui s'étale pour atténuer la lourdeur de sa tristesse, perceptible à ses yeux emplis de larmes. Aucune larme ne coulait. Aujourd'hui, il lui est difficile, voire impossible de rester la même. Elle le signale elle-même, avant d'amorcer une réalité qui, pour nous, a stimulé d'autres mères à s'exprimer davantage. « *Ce n'est pas facile de se trouver le ventre : Ntibyoroshye kwimena inda* », dit-elle. Elle esquisse son vécu pendant le génocide, elle touche chaque détail, mais toujours de façon globale, sans pouvoir nommer les actes. Notre perception subjective nous laisse entrevoir l'esclavage sexuel, disons même les viols sexuels, dans une terreur impensable. Elle raconte son parcours : poursuivie par untel, brutalisée par tel autre, celui-là va s'en approprier quelques jours, puis un autre. Aujourd'hui, ce sont des hommes armés, demain ce seront d'autres non armés mais en uniforme, les mêmes que les premiers ou différents ? Civils ou militaires, elle n'en sait rien. C'était le chaos, la confusion. Impossible de savoir de qui provient « *ce mal qui prolonge l'affaire du tueur* ». « *Les mères qui ont subi de tels actes, n'étaient plus considérées comme des êtres humains* », plutôt des objets « *déshumanisés et chosifiés* », expliquent-elles, les unes et les autres, sans respecter l'ordre de parole. Nous reprenons quelques extraits des propos de certaines d'entre elles, commençant par ceux de Maria que nous venons d'évoquer plus haut :

Je me sentais réellement comme un objet qui n'appartient à personne. Je ne supporte pas le fait que je suis encore en vie. Parce que c'est comme ça qu'ils ont décidé de me tuer. (...) C'était ça mon propre génocide... Je suis restée dehors pendant plusieurs jours, à la volonté de tel, je pouvais dormir à l'intérieur, à sa propre volonté, je dormais dehors et il ne m'appelait que quand il voulait pour me faire ce qu'il voulait. Il y a même celui qui a dit : « où arrive la fille de K⁷⁴, va me la trouver, donne-lui à manger et à boire, qu'elle se lave, puis apporte-là ici. Aujourd'hui elle est à moi ».

⁷⁴ Nom de la colline où la mère en question se cachait pendant le génocide. C'est aussi sa colline natale.

Maria reste longtemps émue, tous les autres membres du groupe échangent des regards d'étonnement. Un courant transférentiel se déclenche suite à la réalité mise à nu. Notre collègue tente briser le silence qui régnait, pour nous ce n'est pas le moment de parler. Instinctivement, nous lui interdisons du regard et d'un geste de la main comme pour dire, « respectons ce silence, écoutons-nous, accordons du temps à ces émotions ». Par après, Maria reprend la parole brusquement pour terminer son propos:

Rien n'est plus mortifère que de subir du mal par les tiens. [...]. C'est vrai les morts ne sont pas morts. Seul le survivant est mort-vivant. (Maria)

« *C'est comme ça qu'ils avaient décidé de me tuer* » dit-elle, faisant allusion à ce génocide individuel que Bessoles (2008, p.25) a pris soin de décrire. Nous avons la même impression, mais nous y trouvons aussi une façon de témoigner en profondeur de l'identité d'une mère violée et infectée par le VIH/sida dans le contexte génocidaire, un génocide infini dans le corps de la mère. Le courage de partager cette réalité avec les autres mères fut un moyen de se connaître et de renforcer les liens mutuels. Ce n'est qu'à ce moment que celles pour qui il a été possible de verbaliser soulignent que dans cet espace, Entre-nous, il est possible d'évoquer le plus grand secret (*akari imurori* ou *mu nda*), même s'il est toujours abordé avec beaucoup de réserve et/ou de peur. À ses côtés, les autres confirment leur vécu pour appuyer celui de Maria. La mort reste active, toujours actuelle, omnipotente et omniprésente.

Pour des gens qui sont comme nous (qui vivent avec le VIH), la mort n'est partie nulle part : « *Nous marchons avec, nous dormons avec* » ; « *C'est vrai que les morts ne sont pas morts, ce ne sont que nous qui sommes mortes. On nous a tuées, la mort a refusé de nous emporter avec les nôtres. Ils nous ont mal tués seulement ! (Baratwishe urupfu ruratwanga ngo tujyane n'abacu ; gusa batwishe nabi)* », comme dirait aussi Uwanyirigira (1997). En parlant de la « mauvaise mort », les mères voulaient souligner l'impossibilité d'entreprendre le travail du deuil ; le propre d'une mauvaise mort est en effet de devoir faire l'impasse sur les rituels de deuil. En écoutant les propos de ces mères en voyant leur état, nous n'avons pas cessé de penser à ce processus intrapsychique normal, nécessaire et obligatoire après la perte d'un objet d'attachement, comme le disent les psychanalystes Freud (1988), Bowlby (1978), Hanus (1994) et Kübler-Ross (1975).

Et si l'objet est perdu sans qu'on se le représente ? Et si l'objet est incorporé, c'est-à-dire soi-même, quel serait réellement l'objet d'attachement que l'on doit désinvestir ? Chez ces mères, nous trouvons que cet objet est vaste et complexe. Serait-il possible de quantifier, de qualifier ce qu'elles ont perdu dans leur féminité lors du viol, que Maria a connoté de génocide individuel ? Qu'en est-il pour les grossesses avortées lors du génocide ? Le bébé aurait-il été une fille ou un garçon, que pouvait devenir cet enfant pour sa famille ? Et s'il n'était pas né infecté par le VIH ? Quel serait le choix d'orientation dans ses études, et quel serait le nombre d'enfants que lui-même à son tour allait mettre au monde ? Face à de telles situations que les mères ont pu évoquer à la troisième personne, nous étions face à une activité de symbolisation, à l'élaboration d'un dialogue interne au récit, comparable à la fonction de coupure dans le récit que nous relatons à la page 219. Elles reconstituent un monde partageable, qui soit aussi un monde possible et imaginaire.

Ici, nous n'avons fait que tenter de reprendre ce que les mères ont dit en substance. Même les enfants en ont développé une pensée, comme on le remarque dans les propos d'Annette détaillés dans le chapitre suivant. Cette fois-ci, il s'agit de l'ensemble de ce que les mères nous ont confié surtout pendant les périodes de deuil caractérisées par les événements commémoratifs. Un pareil mode d'expression était fort présent pendant le premier temps de terrain, pour certaines mères lors du deuxième temps de terrain, et même, rarement, pendant le tout dernier. Dire que c'était rare ne signifie pas que ce n'était pas présent. Ça signifie simplement que nous l'avons remarqué chez quelques mères qui d'habitude parlaient peu. Pour ces dernières, un travail d'accompagnement devait se poursuivre individuellement : Letty, Nadège (évoquée amplement dans l'espace « enfant »), Messiane et Donatienne. Cette dernière ne parle jamais de son vécu lorsqu'elle était effondrée. Elle encourage les autres à endurcir leur cœur pour survivre. Cependant rien ne peut camoufler la précarité psychosociale dans laquelle elle vit.

Pendant cette période, en plein deuil, comme on le remarque, le vécu avec le VIH est évoqué d'une façon aussi implicite que possible. Ce qui se laisse entendre dans les propos des mères, c'est que la période de commémoration et les mois qui l'entourent retiennent leur énergie psychique et physique. C'est le temps de se mobiliser pour s'acquitter des dettes interminables devant les défunts fort présents malgré leur absence. « *On s'oublie, on prend le temps pour les nôtres* », disent les mères-

Conventionnellement, le génocide a pris fin au mois de juillet 1994. Admettons que ce terme « conventionnellement » convienne pour cadrer certains événements, mais le psychisme du survivant conçoit la réalité liée au génocide d'une autre manière. La phase de ce que René Kaës (1989), cité par Gishoma (2014), appelle sociocide trouve ici toute sa place. Lors de l'élaboration de cette thèse, au cours d'un échange où nous avons interrogé Antoine Masson autour du statut de l'enfant dans le Rwanda post génocide, celui-ci soulignait qu'on ne sait pas délimiter l'étendue d'un génocide. Comme les mères le soulignent, dans ce thème qui réactualise le passé dans le présent, les professionnels en matière de soins de santé mentale confirment aussi que ce n'est pas la fin du génocide qui achève un génocide. Ils le confirment chacun à leur façon : Kaës (1989) parlerait de sociocide, Waintrater (2003) de la rupture du pacte social, les intervenants en santé au Rwanda l'englobent dans « les temps d'après » ou « *temps des ténèbres* » dans le langage des mères. Cela renvoie à ce que Gishoma (2014) a souligné autour de la borne qui marque la fin du génocide. En relevant l'idée de Mujawayo & Belhaddad (2004), il explique : «... c'est que juillet 1994, date historique de fin du génocide, ne correspond pas en réalité à la fin du génocide. Juillet 1994 inaugurerait le début de l'effet du génocide » (Gishoma, 2014, p. 30). Et c'est ce que ces mères nous traduisent quand elles disent désespérément qu'elles sont encore dedans, qu'il est en cours d'exécution, qu'elles mènent une vie sans vie, etc. Et ces mères, et ces professionnels, ne soulignent que l'impact de ses conséquences : la déchirure du tissu social, la destruction de l'entre nous et du chez soi, le renversement des repères culturels, autrement dit, la mort d'une société ou sa transformation en une autre. C'est dans une telle société que l'environnement devient du coup « non-récepteur », au sens de Winnicott, barre le chemin à l'auto-reconstruction du sujet. Les mères évoquent à

différents moments un tel environnement, aussi bien familial que communautaire. Elles soulignent la problématique liée à la stigmatisation, la confiscation des terres et de divers biens et la recrudescence du négationnisme qui replongent immédiatement les survivants dans leur propre vécu. Comme le thème sur lequel nous nous penchons l'indique, la réalité pour toutes les mères est que le génocide est toujours en cours d'exécution.

Sur l'autre site, les propos de cette mère de 60 ans en témoignent. Mais la particularité pour elle, c'est qu'elle relate d'abord d'autres épisodes génocidaires et manque de mots pour le tout dernier du 20^e siècle. Elle le dit sur un ton à la fois agressif et teinté d'une tristesse perceptible, dans ses yeux tout en larmes :

Ce génocide, jusqu'où puis-je le maudire, et par quelle direction puis-je l'envoyer ? Je dis POUOUOUOUOU ! (C'est là un signe de malédiction au Rwanda. Après cette malédiction, elle cracha loin, dans l'air.) Le génocide ne nous quitte jamais, il est perpétuel. Même maintenant nous sommes encore dedans. Qui d'autre sait que l'horreur est tombée sur nous ? Ceux qui nous ont infligé le VIH pour continuer de tuer le soi-disant survivant ? Qui est survivant avec le VIH, avec les enfants vivant avec le VIH ? Avec nos biens que l'on prend comme on veut, comme si ça n'appartenait à personne ? Moi je dis, et j'ai toujours dit que la mort a pris le règne. Quant au génocide, laisse-le de côté.

Chacune, à tour rôle, abonde dans ce sens, en confirmant l'omnipotence de la mort, son omniprésence. Le GÉNOCIDE, qui est personnifié, est la racine du mal. Selon les cas suivis, il est aussi source du VIH et de ses effets qui vont jusqu'à maintenir la personne simultanément dans l'état de mort et de vivant. Dans leurs récits, ces mères montrent que le temps s'est arrêté là, le sujet ne sort pas de son passé traumatique en même temps, la mort reste activée. « ...Seul le survivant est mort vivant », reprennent-elles.

Ces situations nous témoignent d'une expérience traumatique extrême dont les traces s'enkystent dans le corps du survivant. Lorsque, sur cette expérience, se greffe l'infection au VIH, la mère se retrouve dans l'impossibilité d'organiser son récit. Elle est figée dans un état émotionnel atypique, comme si l'événement traumatique en soi était en train de se reproduire. Elle ressent la menace dans son intégrité aussi bien corporelle que psychique. La tristesse mêlée à de l'agressivité se lit dans le visage de chaque mère. Notre collègue s'autorise à l'exprimer : « Que peut-on faire autre si ce n'est que mourir de honte ? N'avez pas encore entendu que la faiblesse peut se confondre avec la gentillesse (intega nke zitera ubugwaneza) » ?

Ou que le plus fort te tabasse étant assis ? (ukurusha intege agukubita yicaye), demande une des mères.

Comparativement aux autres violences qu'elle a connues, Tina maudissait ce génocide. « Chacune peut faire la même chose »... propose l'un des facilitateurs. Tina reprend une série des malédiction et chacune à tour de rôle en lance une. C'est comme un jeu, mais de l'agressivité mélangée à de la tristesse plane. Certaines répétaient ce qui a été dit par les autres.

Que ce génocide soit maudit. Mais où puis je l'expulser ? Tant pis, qu'il soit maudit. Maudit soit le génocide ;

*Maudit soit son créateur ;
Maudit soit celui qui le nie ;
Maudit celui qui nous dénigre comme si nous sommes les auteurs de notre maladie ;
Maudit soit celui qui marche dessus la douleur d'une veuve ;
Maudit celui qui ignore les larmes d'un enfant orphelin ;
Maudit celui qui crée les armes pour détruire l'humanité ;
Maudit celui qui planifie le meurtre ;
Maudit celui qui verse le sang de l'innocent ;
Que ses armes soient sans effet et que ses pensées s'évanouissent à jamais.*

Tina fait une petite sourire non prononcé pour tenter d'aller au bout de l'agressivité qui caractérisait l'ambiance du moment et nous demanda : « *Et vous ?* »

« Ainsi soit-il », avons-nous répondu spontanément en même temps que notre collègue.

En écoutant ces mères, on cesse de vivre le temps matériel pour vivre un temps psychologique. On ne peut plus regarder sa montre, pour limiter la séance aux 90 minutes prévues. Au contraire, la fluidité verbale, dans la dynamique du groupe, abolit le temps imparti, pour atteindre 2 heures et plus. Comment, dans ces conditions, construire le pont entre la vie et la mort, en apportant des instruments permettant le désinvestissement et le réinvestissement, pour enfin mettre en mouvement le temps qui reste figé dans le psychisme du sujet, autour d'une expérience désorganisatrice ? Les questions que ces mères exposent rejoignent la logique de l'impossible. C'est une tristesse immense qui accable chaque mère, la dynamique du groupe est caractérisée par des sanglots, on ne se focalise que sur l'irréversible. Une des mères, surnommée Donatienne, se propose de nous donner une solution magique : « *Moi je trouve qu'il faut adoucir le cœur, et avoir le courage et la patience.* » À chaque situation, Donatienne propose ce genre de réponse : « *Patience, adoucissez vos cœurs, diminuez la tension, ne réfléchissez pas trop. Patience !* »

« *Kwihangana*, (patience) » nous est difficile comme solution à se donner. Nous tentons d'amorcer un processus de symbolisation, mais qui ne peut se réaliser qu'en essayant de fermer certains espaces internes, pour en ouvrir d'autres, externes. On sort de soi, pour s'appuyer sur autrui. Même si, lui aussi peut ne pas être rassurant. C'est d'ailleurs ainsi. Chaque mère ne constitue pas un pilier inébranlable d'une façon permanente. Elle est en effet, elle aussi, victime du même traumatisme. Ici nous faisons allusion à la contribution de l'une et de l'autre mères par son histoire, et/ou par sa façon de donner sens à l'histoire de l'autre. Tout semble référer à la métaphore d'une prothèse, en l'absence de l'organe naturel, pour la continuité de la vie. La pensée de Donatienne fut reformulée en faisant allusion à la métaphore de la prothèse dans la forme interrogative. « C'est comme la métaphore de porter une prothèse en l'absence de l'organe. C'est ça que tu veux nous signifier ? » Ce fut un moment où éclata la boîte contenant toute la souffrance d'un des membres du groupe. Et voilà l'une des mères qui parle sans arrêt, interrompant son interlocuteur, même quand celui-ci veut parler dans l'intérêt de l'une d'elles. Elle n'attend pas qu'il achève sa phrase. C'est une opportunité qui se présente pour exprimer son vécu pendant le génocide. Dans ses propos longs empreints d'agressivité, mêlés à des pleurs, nous remarquons encore une fois l'impossibilité d'organiser le vécu avec le VIH induit dans le contexte génocidaire,

l'impossibilité de symboliser à partir d'un langage métaphorique, comme c'est toujours le cas dans la langue du Kinyarwanda. La métaphore des béquilles, comme celle de la pierre de derrière –ou *ishyiga ry'inyuma* dans le langage autochtone– parmi les trois que l'on utilisait dans le temps pour faire le feu traditionnellement, a été sur les lèvres des mères très souvent. Mais aujourd'hui, elles représentent autre chose pour Salima. Sans s'adresser directement à personne parmi nous, et sans que rien n'appelle sa réaction, elle répliqua :

(En murmurant, tête baissée entre ses deux mains, avec tristesse teintée d'agressivité) : *Pourquoi suis-je obligée de porter des béquilles ? C'est quoi ça ? Suis-je née avec ces béquilles ? Tous les miens sont dans le Nyabarongo (rivière). Même si je pouvais aller en Abyssinie où elle se jette pour les retrouver, je ne manquerais pas d'y aller. Au fait dans toute notre famille, nous étions 30 enfants, mais ceux qui sont encore vivants nous sommes seulement à 5.* (Trop de silence, personne n'ose le briser)

Elle reprend avec fureur, les yeux pleins de larmes :

Et pourquoi suis-je obligée de porter des béquilles ? Est-ce que je suis née avec ? Quelles sont les béquilles pour une oreille dans laquelle on a versé du pétrole ? Est-ce humain de faire ces choses à une personne et s'allonger au-dessus d'elle après. (Silence en secouant la tête de gauche à droite). *Mais oui, ils avaient plutôt une autre mission, celle de nous transmettre le sida pour que nous le transmettions à notre tour [...].* (Long silence sans aucun commentaire, la dynamique est caractérisée par des émotions, des pleurs, des soupirs)...

Ils ont versé du pétrole dans mes oreilles, Ils m'ont fait des choses (en sanglotant). Qu'est-ce qu'ils n'ont pas fait de mal ? Tu vois, cette jambe était plus malformée, on a dû y mettre du plâtre. C'est pour cela que j'ai dû prendre des béquilles. (...). Après avoir tué mon mari et d'autres membres de ma famille, ils les ont tous jetés dans le Nyabarongo, sauf un enfant qui a été trop battu. Il a pu s'échapper, maintenant il vit ici à Kigali. Chez nous c'est normalement au nord du pays. Tous nos miens, tous nos biens, où sont-ils ? Dans la Nyabarongo. Il coule, où se déverse-t-il ? Si on suit le lit de cette rivière, pensez-vous qu'on peut y arriver et les retrouver ? Laissez-moi vous dire une chose : partout là où il y a des cérémonies de commémoration, j'irai. (En insistant et en énumérant sur les doigts). *J'irai à la place de mes proches, mes frères, mes sœurs, mes nièces pour que la tribu des Basinga ne meure pas. Je resterai debout et forte. Et Dieu me donne ce souffle de ne pas oublier.*

Cependant, je crois que ce n'est pas une véritable vie. Quelques fois lorsque je dors, je commence à visionner le film. Je le vois depuis, ... depuis le début quand la vie était la vie. Je commence sur comment nous marchions, comment nous partagions tout. Le film tourne jusqu'au jour où nous avons pris le chemin pendant la longue nuit, je vois les femmes qui portaient les enfants au dos, qui sont tombées dans le marécage de sang. Ce que je vous dis, c'est ce qui s'est passé, depuis chez moi, chez mes frères jusque chez mon père. C'était une large famille, mais maintenant, qui est ce qui reste pour raconter les nouvelles ? C'est moi, mais là où je passais pour saluer tout le monde, aujourd'hui je ne peux pas y retourner. Non seulement ça me fait tellement peur, mais aussi ça me dégoûte. (Encore la tristesse s'affiche et un petit moment de silence, puis elle poursuit). *Mes petites sœurs m'ont abandonnée, mais je les ai laissées...* (silence de chagrin). *Je ne peux pas y retourner. Lorsque je pense à tous ces gens à qui nous rendions visite, je ne peux pas revendiquer les terres alors que moi aussi demain je mourrai et laisserai tout. C'est ce qui s'est passé pour mes parents et bien d'autres personnes qui les ont cherchés avant. Où sont-ils ? Alors j'ai tout abandonné, je me suis*

décidée « *sinzagwa inyuma y'inda* » (je ne vais pas mourir pour le ventre), je vivrais comme Dieu le voudra !

« ...le chemin individuel du deuil est éminemment chaotique, contradictoire, réversible, et passe nécessairement par le travail de la mémoire » (Godard, 2014, p. 249). Au moment où Concilia ne peut pas se désinvestir des objets qu'elle a tellement investis, Salima relativise les raisons pour pouvoir tout céder. « *C'est courir et finalement tomber derrière le ventre* » Dans ces longs propos qui ont précédé ceux de Concilia, elle nous témoigne des éléments dans lesquels elle s'est investie. « *Dans les miens* », dit-elle. Cependant les siens ne sont plus pour elle, ceux qui sont restés se sont écartés, ils se sont distanciés, ils l'ont placée loin d'eux. Par le travail de mémoire, elle fait revivre ceux qui sont morts.

Le temps matériel paraîtrait court pour l'observateur externe face à ces propos, car apparemment ceux-ci semblent ne relater que le vécu d'une seule personne pendant le génocide. Mais en réalité psychique, selon sa propre conception et celle des autres mères qui l'écoutaient en revisitant leur propre vécu, il est devenu une éternité. Serait-ce ce parcours que la plupart des mères évoquent dans la mort, étant encore vivantes ? Il nous semble que c'est bien ça, surtout qu'elles parlent d'autres armes utilisées pour exterminer les gens, « *pas immédiatement, mais progressivement* » : les mères indiquent qu'on leur a infligé volontairement la maladie, ce qui représente pour elles une réussite des meurtriers, car « *même le survivant garde la mort dans son corps* » pour la transmettre ensuite à un grand nombre de personnes. Il s'agit d'une chaîne de transmission inconcevable, comme le disent les mères elles-mêmes. Nous avons l'impression que tout ce qu'elles font dans ce travail de mémoire n'est qu'une façon de négocier avec la vie et la mort. Elle lutte pour leur propre vie, mais aussi pour les leurs, et cela de génération en génération, comme l'exprime Salima à travers la mémoire pour tous les Basinga.

Nous sommes étonnée de la façon dont la mère tantôt est effondrée, tantôt a le courage de refléter la réalité qui témoigne d'une faille entre l'histoire de son passé, son présent et son avenir. On ne peut que penser à la question de l'interdépendance entre ces trois moments, la relecture de l'histoire passée, la manière dont le présent est vécu et agi, et les attentes que l'on peut assigner au futur (Ricoeur, 2000). Nous sommes encore étonnée de la manière dont la mère, qui d'habitude témoignait de son incapacité à lutter pour le quotidien, après les propos dont il vient d'être fait mention ressaisit la force d'encourager l'autre à ne pas abandonner ce qui lui appartient. Nous sentons qu'elle se donne aussi des conseils pour aller au bout de ce qu'elle avait entamé et qu'elle avait abandonné. Après avoir positivé ses actions dans le devoir de mémoire, elle s'est permis de donner ce conseil sur un ton d'ordre, sans oublier d'anticiper les attentes du futur, quand les organisations humanitaires ne seront plus là pour servir de piliers:

Je voudrais te dire que tu as été toujours forte pour toi et pour les tiens, mais tu dois être encore plus forte et pour les choses auxquelles tu as droit, parce qu'il faut savoir qu'un jour, on peut se retrouver sans ces organisations comme AVEGA, et là ... peut être qu'en ces jours-là tu n'auras pas le droit de poursuivre tes propriétés. Alors prends courage et réclame tes

propriétés tant que c'est encore possible, tant que tu as des personnes pour t'aider. Ça nous regarde toutes. Debout ! Travaillons pour nos enfants. (Rose)

Intérieurement, nous restons étonnée de l'efficacité du travail en co-thérapie. Il est intéressant d'observer la reprise de force d'une mère anéantie pour occuper momentanément cette position de « co-thérapeute ». C'est sur cet instant de force que l'on s'est toujours appuyé pendant les jours d'inertie pour remonter le moral. Notre collègue rebondit dans le même sens, précisément avec l'objectif d'explorer les réalisations reconstructrices de chacune des mères, 18 ans après le génocide. Il reformule et positive les efforts que ces mères fournissent dans la vie de chaque jour pour avancer d'un pas par la question : « À part ça, comment est la situation d'après ? ». Cela pour tenter qu'elles orientent leur regard sur d'autres éléments constructifs et qu'elles puissent sortir du « *trou génocidaire* ». Les mères ne parviennent pas à se distancier de l'emprise des fantômes d'avril, c'est toujours le temps de la mémoire. La dynamique du groupe est marquée par une fusion émotionnelle. Les pleurs de l'une déclenchent ceux de l'autre. L'autre se déplace pour l'entourer dans ses bras, l'autre fait circuler les mouchoirs. Apparemment, l'histoire est partagée : « *notre histoire, notre vécu, notre héritage...* ». Cependant, comme on l'a bien remarqué dans les propos des mères qui ont été capables de verbaliser leur vécu personnel, c'est de leur propre vécu douloureux qu'elles parlent.

Un constat que nous n'avons pas hésité à partager à haute voix est la bravoure que chacune des mères détient en soi et qui s'est manifestée à différents moments des séances passées. Même si elles ne partagent leur vécu qu'avec une désolation totale, nous remarquons qu'elles luttent non pas pour la survie, mais pour le désir de vie. Nous nous appuyons sur l'histoire de Salima qui veut absolument vivre, même à la place de ses frères et sœurs perdus, à la place des 30 membres de sa famille qu'elle nous a décrite, voire de tout le clan. Malgré le contexte extérieur qui réactive le vécu du passé enterré dans le corps, nous avons l'impression que chacune des mères dispose encore, a encore quelque chose qui pour elle est une raison de vivre : l'enfant. Pour que la lignée ne s'éteigne pas. Si certaines d'entre elles se sont décidées à se tenir debout et à marcher pour les membres des familles parties, les autres ne le font que pour les enfants. Leur courage reste vivant même pendant les moments durs. Notre hypothèse selon laquelle l'enfant est un des piliers de la survivance se confirme, surtout quand Rose essaye de « réanimer » les autres mères « *Debout ! Travaillons pour nos enfants* » et quand on observe que Margo, quant à elle, vient même aux séances avec le fils de sa fille.

Le temps s'étire vers la fin du mois d'avril 2012. Les travaux de mémoire collective se poursuivent, l'intensité émotionnelle reste accablante chez les mères comme ce l'était depuis le mois de mars, voire depuis la fin février pour certaines. Mais maintenant les mères reconnaissent la main tendue qui leur est proposée. Nos séances de groupes se poursuivent, Salima apporte un autre élément en rapport à son vécu. Rappelons que cette démarche qui peut paraître descriptive ne l'est pas pour autant. Au contraire, nous analysons les moindres détails de nos données. Nous avons l'intention de témoigner combien « *le récit intime ne se libère pas en deux heures* », comme nous l'ont témoigné les mères avec qui nous avons travaillé. C'est une construction qui prend du temps, et qui

mobilise beaucoup de tact et de délicatesse. C'est un processus de co-construction de soi et de l'autre. C'est ainsi que nous prenons soin de situer dans le temps, de mentionner les ressentis et la réaction de l'autre, nos propres ressentis ainsi nos pensées tantôt gardées, tantôt partagées. Depuis novembre, ce n'est que maintenant que les mères commencent à entrer dans la profondeur de leur vécu. Remarquons combien les propos liés au génocide sont fort présents pendant cette période. Par contre le vécu avec le VIH ne se laisse entendre que difficilement. On l'appréhende dans le dialogue avec un proche, ou pour parler de l'état de la maladie, ou on adopte une autre tournure.

Mon cœur, mon corps, et mon âme ne sont qu'avec les miens partis. Toutes mes sœurs m'ont abandonnée, elles avaient des maris qui n'étaient pas poursuivis. Elles ont appris que j'ai pu survivre, elles m'ont recherchée, après m'avoir trouvée malade, avec la jambe plâtrée, l'oreille suintante, j'étais au CHUK, elles venaient me voir et disaient : « celle qui devait nous être un obstacle va mourir », mais jusqu'ici personne d'entre elles ne peut même me saluer, parce qu'elles me haïssent. Seulement Ibuka peut m'aider, FARG (Fonds d'Assistance des Rescapés du Génocide) paie le minerval pour les enfants, l'AVEGA m'aide pour les soins médicaux, ...voilà je suis heureuse, je suis en traitement, je rends grâce à Dieu. Elles en sont jalouses alors que... Seulement mes sœurs ne veulent pas de moi, elles veulent exploiter les biens de nos parents avec leurs maris. Y retourner ? Chercher quoi ? C'est pour le ventre (les biens matériels). Je lui donnerai le strict nécessaire et resterai en paix dans mes quelques jours de survivance.

Les propos de Concilia s'opposent à ceux de Salima, dans la façon dont elles investissent les objets perdus. Salima témoigne de l'impossibilité de se séparer de l'objet-humain perdu en s'impliquant hyper activement dans les activités de mémoire collective. Derrière cet effort gigantesque est voilé le désir ardent de faire revivre les défunts, pendant au moins un certain temps, celui de la période de mémoire vive du génocide. Nous avons l'impression que toutes les mères n'acceptent pas la perte définitive de leur famille idéalisée. Même si elles ne participent pas toutes activement à la mémoire collective, chacune veut se rallier à la famille sociale qu'elle identifie à une famille ordinaire. Chaque fois qu'une telle fut isolée par le restant de sa propre famille, elle s'allie aux autres membres de la famille sociale qui l'assistent pour les besoins de la vie courante et elle les considère désormais comme des membres de sa propre famille. L'infection au VIH reste dissimulée derrière le rideau de la maladie, des médicaments et de la mise à distance par les proches.

Pour ce qui est de l'objet matériel perdu, certaines préfèrent laisser tomber. « *Tout est pour le ventre* », disaient-elles par la voix de Salima, ce réservoir de ce qui est de l'ordre de l'intime, « appelé à se taire » normalement (Lebon, 2013, p. 387). Nous l'entendons cette fois-ci dans une autre acception, dans le sens de ce qui est de l'ordre du dehors, des biens matériels pouvant faire objet de conflits latents ou prononcés. Les conceptions des mères au sujet du travail de mémoire collective peuvent être diamétralement opposées. Au moment où certaines s'enferment pendant toute la période commémorative à l'exemple de Concilia – elle a cependant le courage d'essayer de récupérer la cour de la maison familiale et les tombes de ses grands-parents – d'autres vont partout où l'on va commémorer, à l'exemple de Salima, bien qu'elle n'ait pas la force de poursuivre le recouvrement de ses biens. Du

côté de Concilia se rangent Letty, Ange, Maria, Dora, Tina, Nancy, Nadège, Corène, Keza, Grathia, etc, du côté de Salima, se rangent Margo et Maman Tito, etc.

Un constat semble se dégager : c'est bien le rapport que la personne entretient avec ses repères et ses origines incarnés par sa famille. Nous trouvons ce rapport idéalisé au point de ne pas accepter la perte définitive de sa famille. Serait-ce cette raison qui fait que même le dispositif de prise en charge que nous construisons avec eux est dessiné dans le format familial ? Cette hypothèse n'a pas cessé de nous venir à l'esprit, au point de nous prononcer là-dessus au fur et à mesure de l'évolution dudit dispositif. Maria parle rarement, elle est toujours attristée par la mort de ses 3 enfants. Ils sont décédés successivement et dans un délai court après le génocide. C'est à cause d'un empoisonnement selon ses propres dires. Avec un effort pour parler, elle nous éclaire au sujet de la conservation de la famille et de ses valeurs. C'est à partir des dires des autres mères rejetés par leurs proches, comme celles qui ont subi « *des choses infligées par des soi-disant sauveurs ou protecteurs* » comme c'est le cas pour elle.

... La patience n'est pas chose facile, Malheureusement, nous sommes condamnés à patienter. Il faut donc avoir la patience et ne regarder que Dieu. Toutes ces mères ont dû patienter pour tous les mots vous avez entendu, et pour ce qu'elles gardent encore en elle. Mais patienter pour ses propres sœurs, les sœurs qui se haïssent pour les choses matérielles (inda). C'est comme ça pour moi aussi. Les gens se moquent de moi, comme pour me relancer ma vulnérabilité, au lieu de dire que je suis pauvre, ils m'appellent la riche du village. C'est pour la simple raison que je suis assistée par AVEGA. C'est ça qu'ils appellent la richesse. Si nous n'avions pas été dépourvus de nos biens, de nos enfants, nous serions plus riches que maintenant. Être assistée ? Est-ce qu'on assiste les riches ? Nous venons à l'AVEGA, parce que nous n'avons pas d'autres familles, ceux qui sont avec nous, ce sont ceux qui nous ont fait tout ce mal et qui se moquent encore de nous. Vous le savez déjà, les frères et les sœurs, qui ont tété le même sein maternel, devraient avoir des relations particulières qui traduisent les valeurs de leurs parents. La première vertu est de s'aimer, et se soutenir mutuellement. Si l'un ou l'autre agit autrement, il n'est plus celui de ton sang, et si on n'a plus de famille, où est-ce qu'on est ? On est que dehors, et dehors c'est dehors. Qu'est ce qui s'en suit si on est dehors ? Les yeux de tout passant te regardent, les dents des moqueurs,... les chiens et les hyènes de la brousse se présentent pour n'importe quoi... si nous remercions AVEGA, nous savons pourquoi, on nous a retiré du dehors, et maintenant,...voyez-vous nous avons trouvé des sœurs ici entre nous, la famille se perd, il en résulte une autre ici entre nous.

Le récit de Maria est bien cohérent, il n'y a pas de silence, mais la voix est teintée de tristesse et ses yeux sont mouillés. Comme on le remarque, le langage est indirect, « *sauf quelqu'un de la maison* » exprimant le contenu latent, derrière le manifeste. Les sages rwandais ont toujours dit : « *Uruciye inyuma ntamenya ikiruri imbere* », littéralement, « Qui passe dehors (de la maison) ne saura point ce qui est dedans ». Plus précisément, « qui ne fréquente pas un foyer en ignore la vie. » Cette construction « d'une famille, Entre-nous », nous a fait entrer « *dans la maison* » de ces mères pour tenter d'apprendre la réalité qui y règne. S'il n'en était pas ainsi, nous ne saurions jamais l'ampleur des viols qu'a subis Maria, infligés par les soi-disant sauveurs et protecteurs, qu'elles nomment « chiens-humains » (*imbwa-muntu*) et « hyènes-humains » (*impyisi-muntu*). Réalité implicite dont

elle a témoigné pour nous par ces propos détournés. À l'avant-plan, Maria nous témoigne de la tristesse, les multiples deuils superposés, sans aucun moment pour travailler le précédent. Ce langage détourné tente d'éviter de parler concrètement de ce qui devrait se conserver dans l'intimité. Mais conserver ça pour longtemps dans son psychisme serait comme « *garder enfermer le feu dans la paume*. « *Les sœurs, les frères qui sont sortis d'un même ventre, grandis par le même sein d'une même mère, ne devraient pas en principe échanger des regards de moquerie* », nous a-t-elle dit.

A quoi cela renvoie-t-il ? À l'irresponsabilité de la part desdits « chiens-humains » et à la cruauté desdits « hyènes-humaines ». Les propos de ces mères ne reprennent que l'ensemble des valeurs d'avant qui caractérisent l'humain dans la société rwandaise. Ces valeurs se sont détériorées progressivement par les conflits qui ont caractérisé le pays, jusqu'à l'apocalypse génocidaire de 1994. Les valeurs d'avant sont décrites par certains auteurs rwandais, qui se basent sur les idées de Bigirumwami (2004) et Kagame (1951 ; 1956 ; 1959). En parlant des valeurs de l'humain, nous nous inspirons de leurs pensées qui mettent à l'avant-plan le côté humain que Brackelaire (1995) a souligné. Certains éléments issus des sources orales, seul moyen d'archiver qui a tant fonctionné depuis plusieurs années, a aussi été notre source d'inspiration. C'est dans ce réservoir en voie de disparition que l'on trouve le contenu de ces valeurs dites « non scientifiques » que les mères remettent à l'avant-plan.

Ce n'est que maintenant que nous réalisons que « *ce qui se dit ici entre nous ne peut se dire nulle part ailleurs* », comme le précisent les mères. Certains passages d'extraits ont nourri cette idée, d'une séance à l'autre, à des moments différents et avec des ressentis variés. L'hypothèse liée à la structure du dispositif que nous co-construisons commence à s'inscrire. À ce niveau, nous avons déjà l'impression que le dispositif de réparation psychique demandé devrait se baser sur le modèle de la structure familiale. Le qualificatif d'Entre-nous est déjà fort présent dans les propos des mères, mais pour nous n'est pas encore bien clair et significatif. Remontons le temps passé avec ces mères pour illustrer cette réalité du dispositif qui est en train de prendre la forme d'un contenant ou d'une enveloppe (Ducret, 2011 ; Winnicott, 2010 ; Anzieu et al. 1993 ; Houzel, 1985) pour servir de pilier à ces mères dans leur processus de création pour se reconstruire :

... Je ne peux le dire nulle part ailleurs, sauf ici entre nous ; dans les réunions dehors, je parle comme les autres, mais ici entre nous je vous dis la vérité... ; quand on n'a plus de famille, on n'a rien on n'est rien, mais ici entre nous, on parle de la vie, c'est comme en famille. Vous êtes là... on est entre nous. C'est ici entre nous que l'on écoute les choses de la vie, mais dehors, ce sont des moqueries... dehors c'est dehors, ...et on ne se déshabille pas étant dehors, seulement ici entre nous.

L'hypothèse autour du dispositif de prise en charge trouve ici la raison d'être posée.

Peut-on douter que l'ébauche des idées sur le dispositif mis en place pour la réparation psychique commence déjà à se profiler ? Un constat se dégage déjà d'une manière exemplaire : le travail nécessaire ne peut se réaliser que dans des espaces qui offrent un Entre-nous bien protégé.

Avant d'aborder la séance du 2 mars, en particulier pour les moments forts qu'elle a produits en nous et dans la production d'une méthodologie de près et de recul, nous souhaiterions évoquer un élément qui constitue le centre de gravité de nos interventions dans la dynamique groupale et/ou individuelle. Nous l'abordons dans le thème qui discute le sentiment du survivant d'être seul au monde en présence du défunt.

3.5.3. La présence du défunt et l'absence du vivant

Nous avons remarqué que paradoxalement les propos des mères tournent autour des êtres chers partis, des biens détruits, alors que les survivants proches nous semblent éloignés, parfois comme s'ils étaient gommés. Seuls les absents sont présents et les mères n'ont pas conscience de ce qu'elles peuvent faire elles-mêmes : trouver le minerval pour leur enfant, remettre leur maison en état, etc. Elles continuent à se sous-estimer. C'est devant de tels contextes que l'on remarque les retentissements intimes du traumatisme qui montrent que « le trauma concerne la vie, la mort et la vie psychique... que la parole du traumatisé bascule dans un gouffre indicible » (Roisin, 2010, pp. 3-4). Donnons-en un exemple, pour mettre en lumière ce paradoxe de la présence du défunt et de l'absence des vivants :

Nous étions nombreux, je ne les ai jamais oubliés, je dirai même qu'il est difficile de les oublier. Mon frère B, lui..., c'est comme s'il était toujours en moi, quand ce temps arrive... Nous avons perdu les nôtres et nos biens. Et en plus, il y a une chose que nous n'avons jamais évoquée, non pas parce qu'elle n'est pas opérante, mais ce n'est pas facile de le dire... tu nous dis souvent de ne soulever que ce que nous sommes capable de transporter (en s'adressant en nous), mais, tout ça nous concerne, qui va soulever le reste ? C'est à nous et à nous seules. Une fois que l'on est seule, qu'il ne reste personne à côté de toi, tu es obligée de tout transporter, c'est ainsi que... (Pleurs) Et cette chose est une mort imminente qui s'ajoute à l'autre. Ce problème que nous portons tous les jours (Silence prolongé et le groupe rentre en émotion de tristesse et de soupirs). Ceux qui sont partis sont partis, ceux qui me restent sont comme s'ils n'étaient pas là, ils sont comme s'ils étaient partis eux aussi. Ils ne me font que du mal. C'est une façon de m'achever (kunsonga), alors que je suis malade, ils sont venus me rendre visite lorsque j'étais malade. Ce n'était pas par amour, ni par pitié. Ils m'ont vu et me jette des herbes dessus (barandebye, batererayo utwatsi)⁷⁵. Comment le dire ? Je dirais, ...dans toute cette famille si nombreuse que nous étions, nous sommes finis, ce n'est que moi, moi et moi seule survivante. Les autres, trouvant ma situation désespérée, ils n'attendaient plus que la nouvelle de ma mort. J'étais à deux doigts de la mort pendant que les autres jouissaient déjà, à l'idée qu'ils se sont faite que c'était bientôt fini pour moi. Les relations d'avant n'existent plus même chez ceux qui ont survécu. Je n'ai retrouvé que les membres de ma famille qu'à travers vous ici entre nous, qu'avec AVEGA, FARG. Le seul lieu de refuge, c'est ici entre nous. Voici la seule famille dont je dispose : mon frère B, je le trouve en cet enfant (notre collègue), mes sœurs, c'est chacune de vous, ma mère, c'est toi et toi (en nous ciblant et une autre collègue), ces autres enfants (les stagiaires non présentes) sont comme

⁷⁵ *Gutererayo utwatsi* : Désespoir par rapport à l'état de santé de la personne qui est sur le point de mourir. Dans le présent contexte, la mère souligne que c'est une façon d'enterrer anticipativement.

mes enfants. Ceux qui sont morts ne me quittent pas mais, vous vous êtes ajoutés à eux et vous êtes à leur place, et à la place de ceux qui n'attendent que ma mort. (Salima)

Ces propos sont choisis parmi tant d'autres pour témoigner de cette autre réalité chez le survivant liée au sentiment de se sentir seul, d'être dominé par la présence des défunts et les difficultés à les désinvestir. Devant l'impasse des rituels pour les morts pendant le génocide, la plupart des mères nous ont témoigné de l'impossibilité de franchir le seuil entre les deux phases de la vie, le seuil situé entre la phase qui marque le changement de rôle que l'on est appelé à jouer dans la société après la mort de l'être cher et les nouveaux rôles qu'ils doivent assumer dans une nouvelle étape de la vie (van Gennep, 1981). Au Rwanda, ces mères, qui n'ont pu faire aucun rite de séparation d'avec les leurs, n'ont pu franchir ce seuil et les réinvestissent plus qu'avant, de façon qu'elles ne voient qu'eux. Particulièrement, la famille nous paraît un objet dont personne n'accepte de se séparer. Ces autres nouvelles familles, résultats d'un travail de symbolisation, leur sont devenues des lieux de refuge, lieux d'alliance des nouveaux membres de la famille symbolique où l'on peut tenter d'essayer le port d'une prothèse en l'absence de l'organe, de rechercher un peu de lumière dans les pires ténèbres, ou l'oasis dans le désert.

Cette illustration métaphorique nous oblige à faire demi-tour pour aborder la séance du 2 mars 2012. Les différentes démarches entreprises pour notre propre survie face aux transferts massifs et aux émotions débordantes et pour le souci de soulager d'une façon efficace a fini par générer une approche méthodologique particulière. L'Entre-nous que les mères évoquaient à plusieurs reprises s'est imposé non seulement comme simple concept, mais, vu l'importance qu'elles lui confèrent, il nous semble qu'il se présente également comme un levier essentiel dans la tâche de reconstruction psychique des gens qui s'y rencontrent. Cependant la survie du chercheur dans un tel contexte mérite d'être soulignée. Bien que les situations précédentes renferment des transferts massifs, la séance décrite ci-dessous est le nœud qui nous a poussée à nous rendre compte qu'une telle ambiance impose de s'impliquer, de se distancier. Que se passe-t-il une fois que ces deux actions doivent se produire en même temps ? Voici un essai de survie.

3.3.6. La survie du chercheur dans la clinique des traumatismes extrêmes

Dans notre travail dans la clinique des traumatismes extrêmes, en l'occurrence durant cette recherche-action, nous avons été profondément impliquée avec des patients qui nous plongeaient dans l'impasse ; « Nous traversons une phase où cette implication nous rend vulnérables » (Winnicott, 2010, p. 17). Notre propre survie nous demande de naviguer entre des mouvements d'implication et de distanciation continuels. Contrairement aux autres thèmes qui ressortaient des propos des personnes avec qui nous avons travaillé, ce thème est une tentative de contextualiser différentes séances qui ont été caractérisées par des transferts massifs, objet d'un travail personnel nécessaire pour y survivre. La présente séance est choisie parmi tant d'autres pour les grands moments qui se sont produits et qui sont générateurs des conclusions significatives de cette thèse. L'une de ces conclusions consiste, entre autres, à distinguer le mois d'avril parmi les 8 mois qui constituaient chaque

partie de la période de terrain pour notre propre économie psychique et pour l'œuvre à la communauté. Une autre conclusion fut l'initiation de séances pré-commémoratives. Une troisième conclusion fut l'émergence de l'hypothèse qui se structure autour du concept d'Entre-nous comme structure des dispositifs de réparation que les mères ont demandé de transposer sur le modèle de la structure familiale. L'attention que nous y avons apportée a généré une méthodologie particulière, celle qui nous implique et qui nous fait reculer.

3.4. L'émergence d'une méthodologie : Entre-nous

Ce n'est pas seulement sous ce thème que l'on repère immédiatement la méthodologie qui nous implique dans l'intervention en prenant du recul par rapport aux méthodes de recherches contemporaines. On peut bien repérer notre implication et notre distanciation à chaque situation. Nous avons simplement jugé bon d'en parler dans cette partie parce que c'est là que nous nous sommes impliquée d'une façon remarquable jusqu'à s'égarer loin de la casquette du chercheur, prêt à se confondre, involontairement, avec les autres membres du groupes. Nous réalisons après-coup que c'est cette posture, imposée par les situations rencontrées, qui nous a permis d'être près de l'histoire de la personne. Entamer le processus de la narrer a été considéré par les mères comme une façon de se déshabiller, le vêtement préservant l'intimité. Cela peut se faire, nous disent les mères, mais « *pas dehors devant les étrangers, ni devant les enfants* ». Tout commence par cette séance du dehors que nous prenons soin de décrire dans les moindres détails.

Aujourd'hui, nous sommes dehors, nous sommes seule pour faciliter la séance du jour. Ce n'était pas prévu ainsi. Tout nous est imposé par les circonstances du moment. Même si la question de construire des liens avec les mères de ce site n'a posé aucune difficulté, ce n'était que la troisième séance pour nous. Or, « les liens nécessitent du temps et de l'investissement » (Lebon, 2012, p.335). Lors de deux séances passées, celles de janvier et de février 2012, nous avons eu l'impression que notre collègue qui travaillait avec ces mères depuis longtemps était pour nous faiseur de liens entre nous-même et les mères. C'est à partir de ce qui ressort de la séance présentée ci-dessous que nous avons la première impression que les mères ont toujours souligné la déchirure d'un entre nous et que notre travail devrait se focaliser sur ce retissage de liens. Nous restons donc à l'écoute de ce qui se dit autour de l'axe d'entre nous et toute décision importante découle de ce que nous avons vu, entendu et ressenti pendant les séances teintées de transferts et de contretransferts massifs, à l'exemple de celle qui est décrite ci-dessous.

Comme signalé plus haut, l'ambiance contextuelle est caractérisée par les préparatifs pour la période commémorative. Dans le groupe de soutien opérationnel à l'Est du pays, au District de Rwamagana, les mères étaient toujours enthousiasmées par le fait de se rassembler de nouveau au sein de l'AVEGA, chez elles et entre elles, comme elles nous le disaient. Nous sommes le vendredi 2 mars 2012. Une quarantaine de minutes constitue le temps imparti à la séance. Tout commence sans que l'on sache dans quelle pièce nous allons nous installer. Bien que le Centre de Santé d'AVEGA-Rwamagana soit très petit et que les travaux de construction soient toujours en cours, auparavant nous n'avions pas eu

de problème d'espace, comme ça été toujours le cas à Kigali. Là, à l'Est du Pays, AVEGA avait construit différentes salles de réunions, de logements à louer, pour générer des revenus pour l'association. Ainsi, nous avions l'habitude d'utiliser la plus petite salle, du fait qu'elle était souvent disponible. Mais ce jour-là, la salle est occupée. Les formations se passent partout pour préparer les gens à la période du deuil National.

« Aujourd'hui, il va être difficile de nous réunir. Notre propre espace, celui qui nous est familier est aussi occupé. Pas de salle. Qu'allons-nous faire ? Allons-nous dire aux mères qui se sont levées à l'aube et qui ont traversé des kilomètres et des kilomètres à pied pour un rendez-vous fixé il y a un mois de retourner à la maison sans rien faire ? », demande notre collègue. « Serait-ce une bonne idée pour nous d'agir ainsi, alors qu'il ne nous restera automatiquement que la séance d'avril pour clôturer les activités du premier temps de terrain avant de retourner en Belgique début mai ? Ce qui signifie que pour le site de l'Est, je n'aurais que 3 séances seulement », répondons-nous pour insister pour que mon collègue trouve une alternative. « Avec les risques que la séance d'avril puisse ne pas avoir lieu. Ce qui se passe dans cette période est imprévisible, tu le sais déjà ! Nous ne savons pas encore ce que les jours qui viennent nous réservent ».

Nous décidons de nous installer dehors. La consigne est la suivante : « Nous n'allons pas aborder les points individuels qui méritent d'être confidentiels. On ne va parler que du général ». Ce n'est que cela qu'il faut dire pour apaiser les émotions qui ne tardent à se manifester que par le fait que nous cadrons l'espace : ce dernier est délimité, d'un côté, par l'ouverture sur un champ de plantation de légumes, de l'autre, par le paravent tiré devant la salle de petite chirurgie pour séparer nos patients du tout-venant. Nous essayons de créer un dedans dans le dehors. Des deux autres côtés, il y a des murs de bois, qui forment l'annexe façonnée pour le service de distribution des antirétroviraux. Notre collègue vient de nous quitter pour d'autres « imprévus urgents ». Déjà la profonde tristesse se lit sur le visage des personnes avec qui nous allons nous entretenir. Tout ceci a lieu tandis que nos pensées sont dominées par ce que Cyrulnik (1999, p. 70) nous conseille à travers ces propos : « Pour métamorphoser l'horreur, il faut créer des lieux où s'exprime l'émotion. »

3.4.1. Dehors, espace réservé au général

« Aborder un problème aussi douloureux et complexe ne peut pas se faire en parlant de l'autre, du méchant, mais au contraire de nous-mêmes, de l'humanité » (Audet & Katz, 2006, p. 84). Une femme prend l'initiative. La voilà qui parle de la nature du VIH/sida, de ses origines et de sa prolifération dans l'espèce humaine. Nous parlions de l'autre, l'autre non présent dans ce groupe appelé : « *itsinda ryo kwiubaka* » c'est-à-dire, le groupe pour la reconstruction de soi. Cet autre devient, finalement, chacun des membres de ce groupe. Chacune rentre en elle-même, revisite son passé, en explore les zones d'ombre. Le climat commence soudain à changer, personne ne peut utiliser le langage courant ; un masque de tristesse se dessine sur le visage de chacune. Nous tentons de récupérer la situation, par le rappel implicite de la première consigne : « Rappelez-vous que nous sommes dehors »,

consigne par laquelle la signification par défaut est de ne parler que du général, et non du particulier. Ce dernier imposerait un cadre particulier qui n'est pas présentement disponible. La consigne, et notre interpellation, restent sans effet.

La femme poursuit immédiatement, faisant référence à son propre vécu par rapport au VIH/sida : « Quand je l'ai appris sur moi, j'ai cru que le ciel et la terre me tombaient dessus. Je me suis dit que la mort me poursuit. » Une autre se couvre le visage, avec son pagne ; elle sanglote. Une femme domine les autres par des hoquets étranges qui alertent tout le monde, même les personnes extérieures. On n'aura malheureusement pas pu s'installer dehors sans « se mettre dehors ». Redisons-le dans la langue du Rwanda : « *Kutishyira hanze*⁷⁶ ». Le mal absolu du génocide est à nouveau là, incarné, dans la chair et dans le psychisme de chacun des membres. Tout le monde regarde, les larmes aux yeux, grands ouverts, le regard dans le vide. Deux cas, celui de Nancy et celui de Dora, alertent tous les autres membres.

La première est prise d'étranges hoquets, qui débutent d'abord par un silence glacial, puis en viennent à atteindre leur paroxysme. C'est presque similaire à ce que Gishoma et Brackelaire (2008) ont décrit. Au fil du temps, la tonalité de son cri augmente d'intensité. Il est littéralement impossible de qualifier le cri de ces hoquets. Dans cet espace où le génocide et ses séquelles sont mis au centre de toute conversation, il y a ce langage de la souffrance pour exprimer l'horreur subie. Mais à cet instant, elles n'en restent pas là seulement. Elles sont plus écrasantes, dans le sens que tous les membres du groupe sont affectés. Ces transferts et contre-transferts nous désorganisent tous, y compris le jeune infirmier qui travaille dans la petite salle à côté, et sont l'axe des créations entreprises pour les situations qui vont suivre. C'est sur ce genre de langage comparable aux béquilles sur lesquelles s'appuie la personne en souffrance, que nous nous appuyons aussi pour tenter de ramener l'espoir. La seconde se couvre le visage avec son pagne, sanglote au point de manifester des mouvements saccadés de la tête.

Pour le reste du groupe, une mère pleure, une autre se déplace pour lui tendre un mouchoir. Elle frappe affectueusement sur son épaule pour la réconforter. La situation devient très dure. Y aurait-il au moins un repère qui pourrait jouer un rôle protecteur ? Aucun, sauf l'exigence de l'Entre-nous, qui demande à exister, quelles que soient les conditions du dedans et du dehors. Il s'agit d'en arriver à ce que le groupe devienne un « contenant », comme le qualifient W. Bion (1962), D. Anzieu (1994), J-B. Chapelier & D. Roffat (2011), pour qu'il puisse procurer sécurité. Il s'agit aussi d'en arriver à ce que chaque membre devienne un ayant droit : droit de dire, de se taire, de pleurer, de se retenir, d'être soi au moment présent, etc. Cela s'est concrétisé à travers la dynamique groupale de ce jour-là et par les propos de Nancy et Dora quand elles ont pu mettre des mots sur l'état manifesté dehors où elles étaient tenues à l'impossible, à savoir ne parler que du général.

⁷⁶ « *Kutishyira hanze* » : le contraire de « *Kwishyira hanze* », peut être traduit, littéralement, par « se mettre dehors. » Dans l'expression rwandaise, se mettre dehors, c'est porter, soi-même, ce qui était supposé être tenu comme secret à la portée du tout-venant. C'est permettre que ceux qui ne devraient pas accéder à une information secrète y accèdent. Les Rwandais comparent cela à une façon de « se dénuder » « *kwiambika ubusa* », disent-ils, c'est-à-dire « se déshabiller. »

Déjà l'ambiance du moment telle qu'elle vient d'être décrite nous témoigne que le général n'existe pas. Seul existe l'individu que l'on ne peut noyer dans l'anonymat de l'impersonnalité. Mais, aussi paradoxal que cela puisse sembler, il y a communicabilité de l'expérience de cette souffrance quand les patientes ont communié à la même coupe du génocide, ou à la coupe amère du viol sexuel comme arme de génocide. Voilà l'impact traumatique qui fragilise le sujet au plus haut point jusqu'à la destruction psychique, mais aussi au point de s'approprier tout le malheur des autres, sans pouvoir en même temps se désapproprier de ce qui ne lui appartient pas ni de s'en distancier un moment pour pouvoir parler dans le format du « général ».

Une des mères claque des mains pour attirer l'attention de tout le monde. « *Je demande une chose, une et une seule : clôturons par là. Vous risquez de me contaminer, alors que c'est bien moi seule qui restais. Clôturons, clôturons, c'est ça seulement que je demande.* » C'est par cette dynamique que nous nous rendons compte des forces de lien, une des dimensions de l'entre nous que les mères établissent. L'ordre est donné par une des mères, tandis que nous nous sentons dans l'impasse, complètement désarmée devant la situation. Nous nous disons effectivement que c'est bien cela qu'il faut, pour pouvoir explorer et gérer avec elles ce qui a échappé au format du « général. » En même temps, nous sentons que nous ne sommes pas au bout de nos peines, qu'il y a des boîtes ouvertes mais non encore refermées et des blessures intérieures non soignées. L'intérieur aurait dû peut-être permettre d'aborder ce qui bouillonne au-dedans du corps de ces mères. De notre part, nous nous sentons seule et débordée. Cela étant ce qui est de l'ordre du dehors, voyons maintenant ce qui nous a été offert étant dedans.

3.4.2. Dedans, espace réservé à l'intime

« *Hanze, ni hanze nyine* », « Dehors, c'est dehors », disaient souvent les mères. Ce qui nous est arrivée lors de cette expérience du dehors, traduit, cette dissociation entre le « je pense » et le « je parle ». Les mères ne font que témoigner d'une souffrance dont « il faut bien un jour essayer de définir les formes et les catégories fondamentales » (Michel Foucault, cité par Revel, 2009, p. 31), Nous, désarmée, toute en désarroi, il faut que nous prenions un moment interne pour nous organiser psychologiquement, pour dépasser le sentiment de culpabilité qui nous ronge, face à l'impossibilité d'être un catalyseur dans le climat qui règne dans le groupe à cet instant. Plus encore que nous, nos patientes sont dans la plus totale consternation. Des questions continuent à envahir notre esprit. Où pouvons-nous nous installer avec ces deux mères ? Et pour quoi faire ? Qui d'autre peut être avec nous ? Sûrement pas celle qui craint déjà d'être contaminée. Et, spontanément : « Nous clôturons ici notre séance du dehors comme le suggère Maman Tito. Je souhaite me déplacer vers l'intérieur avec Nancy et Dora. » Mais où ? Aucune idée !

L'état de Nancy fait pressentir qu'elle a mal partout, surtout à la poitrine et au ventre, parties sur lesquelles elle agit en y posant la main gauche. La main droite tient solidement la tête au niveau du front, en cachant ses yeux humides. Nous entrons dans la pièce de

distribution des antirétroviraux. La pièce se trouve dans un coin retiré du centre de santé. Pendant cette séance de groupe du dehors, nous sommes sur la devanture de la pièce. Le jeune infirmier est là. Il connaît les membres de ce groupe, du fait qu'il s'en occupe en distribuant les ARV. Mais notre observation ne se limite pas seulement à sa tâche. « Il est aussi là », au sens que Lebon (2012, p. 335) a su repérer dès sa deuxième descente sur le terrain du Rwanda. Nous sommes d'accord avec son observation qu'au Rwanda, il suffit d'être là..., sans trop questionner, « pour permettre l'ouverture vers la dimension de l'intime, si difficile. Nous voulons donc dire que ce jeune sait aussi écouter la souffrance des gens qui s'adressent à lui. Il reçoit donc toujours ces mères et à ce moment que nous décrivons, il est là. En nous voyant entrer dans sa pièce, le jeune infirmier prend vite l'initiative de nous céder la place : « *Installez-vous, sentez-vous à l'aise, je ne vais revenir qu'après* », nous dit-il, en sortant. Nancy s'allonge immédiatement sur le petit canapé prévu pour les personnes qui attendent de recevoir des médicaments.

C'est la même mère qui craignait d'être contaminée qui persévère et qui garde le courage de nous accompagner et rester avec nous. La culpabilité s'accroît, dans notre for intérieur, plutôt dans notre conscience : « Je vais paralyser tous les services du Centre de santé par ma maladresse ; chercheur, thérapeute ? Qui suis-je ? » Nous trouvons que le rôle du thérapeute doit à cet instant prendre le dessus. Mais alors, si le thérapeute ne maîtrise pas les frontières du cadre, l'espace de dialogue sera-t-il sécurisant ? Qu'allons-nous leur dire réellement ? Nous n'en savons rien. Nous attendons simplement que le hasard, que le temps arrange les choses, ou encore que ce petit glissement géographique soit pour elles une brèche, un glissement symbolique susceptible de ramener les tensions à leur niveau de base. Cela n'a été possible qu'après avoir au moins amorcé ce qui est de l'ordre de l'intime que le format du général n'a pas pu contenir. Voici une petite partie de ce qu'elle nous a confié après que les cris, les pleurs, les hoquets, les gémissements, les soupirs, les transpirations eurent cédé la place à des murmures difficilement saisissables.

3.4.3. « Une mère sans matrice ? »

Nous sommes toutes les quatre dans la petite pièce, une des mères déjà allongée sur le canapé ; la mère n'arrête pas de témoigner de la souffrance profondément enkystée dans son corps. Son cri reste pendant un certain temps très alarmant. Dehors, tout le beau monde qui n'était pas partie prenante à la séance avait été alerté. Celles qui sont avec nous ne veulent pas la quitter d'un pas, voire d'un pouce. Elles attendent impatiemment sur le seuil de la porte. Nous transpirons et, en même temps, nous avons la chair de poule. À part le simple mot « *mpore*⁷⁷ », que nous répétons après un certain nombre de hoquets, rien d'autre ne bruit dans cette pièce.

⁷⁷ Concept intraduisible, qui peut être comparé au fait de poser la main sur la partie qui fait mal sur le corps et frotter doucement pour calmer la douleur. *Mpore* peut faire de même pour la douleur morale.

Nous attendons que cela s'arrête de soi-même. En cherchant à gauche et à droite ce qui peut calmer la crise, une idée nous vient à l'esprit. Nous lui demandons si elle peut boire de l'eau, elle dit « oui. » En attendant que l'eau nous arrive, nous lui demandons de rester allongée et de respirer profondément, sans être consciente de l'effet. Elle dit, finalement : « Ahwiiii ». C'est, au Rwanda, un « Ouuuf » de soulagement.

La voilà qui accepte de se confier à nous. Pour arriver au thème repris dans le sous-titre, elle a dû prendre des détours. Elle commence par nous faire part de la vie qu'elle mène avec sa séropositivité et du sentiment d'isolement qu'elle a éprouvé, depuis qu'on a envoyé les personnes se faire soigner dans leurs zones de rayonnement, et non plus sur le lieu de leur choix, à l'AVEGA, le lieu de leur intimité. « *On nous a fait bouger de chez nous vers ailleurs* ». Les mots sortent difficilement, elle murmure, il faut s'incliner jusqu'à presque fusionner nos visages. Nous devons approcher l'oreille et aussi regarder les mouvements de la bouche pour essayer de déchiffrer ce qu'elle dit.

Le moment vient de se dire au revoir. On se fixe rendez-vous au 6 avril. Entre-temps, cette opération de tâtonnement avait duré à peu près 20 minutes. Pendant que mentalement nous nous préparons pour retourner vers l'autre mère, Nancy murmura : « *Une mère sans matrice ?* ». Elle retombe dans le même canapé, le dialogue ne vient pas de soi ; selon la culture que nous partageons, nous savons déjà que questionner n'est pas une bonne tactique pour construire le lien et entamer le chemin qui mène vers l'intime chez les Rwandais. Les murmures de ces phrases retentissaient dans mes oreilles : « *Une mère sans matrice ?* » puis Nancy lève la tête et se confie. Cette fois-ci sans pleurs, ni hoquets, mais nous avons l'impression que la tristesse immense et les cris des hoquets antérieurs lui avaient ligoté les cordes vocales. Elle murmure : « *Je n'ai plus de matrice. En moi, il n'y a plus de vie... On l'en enlevée...* » elle s'allonge de nouveau en faisant un profond soupir qui traduit son épuisement.

Voilà toute une histoire, narrée dans quelques courtes phrases : « *Une mère sans matrice ? Je n'ai plus de matrice. En moi, il n'y a plus de vie ; on me l'a enlevée...* ». À part le contenu émotif qui entoure les murmures de Nancy, pendant le premier temps, pour lequel nous arrivions déjà à la fin, nous n'avons entendu rien d'autre que cela. Ce n'est que progressivement au cours du deuxième temps de terrain que nous avons pu appréhender le vécu avec le génocide et le VIH chez cette mère. Mais ce qui est fort étonnant, qui s'inscrit dans l'ordre de la transmission transgénérationnelle, c'est que nous avons appris par son fils intégré dans le groupe d'enfants que pendant le génocide elle a perdu son mari et ses enfants. Elle est survivante avec un seul fils qui était encore bébé pendant le génocide. Après le viol en masse, la partie du corps évoquée dans les murmures de cette mère a été très endommagée suite aux objets utilisés. Outre l'infection au VIH/sida consécutive à ces viols sauvages, Nancy a été gravement malade au point de rester longtemps inconsciente. C'est alors qu'elle était dans cet état que la décision médicale de lui retirer la partie du corps ciblée a été prise sans qu'elle y soit préparée. Elle ne l'a appris que quand elle est revenue à la conscience.

Nous en avons fait une réflexion approfondie. Les repères socio-anthropologiques et psychanalytiques nous ont servi d'appui. Nous les interrogeons en nous référant à ce que la culture rwandaise dit. Sachant que comme toute autre culture elle n'est pas figée. Suite aux faits de violence de l'homme sur l'homme et autres malheurs connexes, elle n'est plus ce qu'elle était ; des transformations s'opèrent et s'imposent malgré que ceux qui veulent garder les valeurs d'avant tentent de la conserver. Sous ce thème de mère sans matrice, nous approchons la question de la vie et celle la survie, le dedans et le dehors ainsi l'essence des cadres d'Entre-nous et de Chez-nous réclamés par nos acteurs de terrain.

La matrice est la partie du corps de la femme la plus intime. Elle est située dedans, au fond d'elle. C'est là qu'est situé le cœur ou « *l'arbre de la vie* », cette partie qui fait que la femme est la femme et reste femme et mère. Cette transformation, de la fille à la femme, de la femme à la mère, met en jeu cette partie, en tant qu'organe qui contribue à l'identité féminine. On se représente ce qui a mis ces mères dans un tel état. Les murmures de Nancy nous mettent devant une situation complexe, qui met en échec ses facteurs de survie. Chez les Rwandais, et dans bien d'autres sociétés, la vie n'a de sens qu'à travers les enfants ; les perdre représente un grand choc et n'en avoir qu'un seul est source de souci, par crainte qu'il tombe malade et qu'il en arrive peut-être à mourir alors que sa mère a perdu tout son pouvoir reproducteur. La culture rwandaise (Bigirumwami, 2004) autour de la fécondité de la femme, généralement comparée à la fertilité, considère une telle mère comme une terre aride, un environnement désertique, une source tarie, voire un océan sans eau, ou une mer morte⁷⁸ pour étendre la réflexion hors des repères locaux. Notre croisement intersubjectif reste sur l'idée que le substrat inconscient de Nancy n'est agité que par cette représentation qui signifie plus précisément qu'elle a perdu son pouvoir de se reproduire, d'être source de la vie. Nous avons donc eu l'impression que cette mère a remonté cette conception constructive de la vie, qui fait chaîne, à partir d'un noyau central, l'essence même de l'humanité, le « chez-soi » dont elle ne dispose malheureusement plus pour en arriver à la personne même au sens où Brackelaire (1993) le conçoit. C'est-à-dire, à partir de ce noyau que nous venons d'évoquer, émerger en structurant soi-même les conditions qui la font vivre socialement. Pour cette mère, ne pas avoir de vision claire pour une telle émergence peut la rendre psychiquement morte. Cette situation compromet sa survie.

Bien que Nancy soit déjà mère et qu'elle ait gardé son fils cadet, nous pensons que, en plus des traumatismes subis, elle n'a pu liquider le deuil de sa féminité. Ce qui est d'ailleurs impossible, car l'objet perdu est ce qu'elle avait de singulier, d'unique et qui est irremplaçable. Autrement dit, aucun autre objet ne vaut la matrice d'une mère. Et ainsi à partir de son vécu bien réel, Nancy se voit « mère morte » pour reprendre l'expression d'André Green et ses co-auteurs (Green, Bergmann, Bolas, Ogden, & Kohon, 2009)(2009). Malgré qu'elle demeure en vie, elle se voit psychiquement morte. Nancy n'a pas pu résister à contenir seule un tel sentiment de vide, elle a tout dit à son fils. On dirait qu'en se confiant à lui, symboliquement, c'est comme si elle le retirait de son lieu d'enfance « chez soi ». C'est pour nous une façon de lui octroyer une position d'adulte, en lui conférant des

⁷⁸ Par comparaison à la Mer morte considérée comme un lieu inhospitalier pour les êtres aquatiques.

responsabilités. C'est comme si elle lui avait dit, « *cesse d'être enfant, sois plutôt responsable, et pour ta vie et pour ma survie* ». Ainsi son fils porte psychiquement la douleur de sa mère. C'est lui qui l'a tant accompagnée au centre de santé pendant ses moments de lassitude par rapport aux visites réglementées. C'est le même fils qui venait s'approvisionner en médicaments quand elle se sentait faible ; ce même fils a fini par adhérer au groupe des enfants en raison de la maladie de sa mère. Nous verrons qu'il en parle longuement dans la partie qui traite des données issues de l'espace « enfant », le « chez-nous ».

« Pour comprendre comment une personne peut être incluse et prise dans les résultats d'un traumatisme » (Elchardus, 1997, p. 121), il est nécessaire de ne pas ignorer ce que l'on pense de corps, du sang, de l'opération chirurgicale, du coma, de tel organe ou de tel autre. Sans doute que, comme en ont témoigné les anthropologues ou autres praticiens ethnologues (Héritier, 1996, 2002 ; Nathan, 1988 ; Laplantine, 1992), il existe une corrélation entre la souffrance de la personne et les représentations symboliques du corps et/ou de certaines parties ou substances qui le constituent. En tenant compte de cette réalité qui est aussi fort présente dans la culture rwandaise (Bigirumwami, 2004), nous avons l'impression que la personne devant nous fut débordée, au point qu'elle ne pouvait plus contenir cette réalité, mais en même temps elle était dans l'impossibilité de mettre dehors ce qui est de l'ordre du dedans. Elle avait éprouvé les mêmes difficultés lorsqu'elle fut obligée de transmettre à son fils son vécu lié au génocide et à sa maladie. La grande difficulté pour elle fut de faire le tri de ce qu'elle devait dire à l'enfant, comme pendant cette séance elle a peut-être eu la même difficulté de faire le tri de ce qui peut se dire dehors dans le format du général alors que le général n'existe pas, comme nous l'ont fait remarquer les mères par la voix de Dora.

3.4.4. Dora : « *Le général, n'existe pas* »

Cela étant posé à propos du premier cas, venons-en au tour de Dora, celle qui pleurait dans son pagne au point de faire des mouvements saccadés de la tête. Elle se maîtrise bien en conditions normales. Elle a même une apparence jeune et asymptomatique. Mais le chaos des pertes traumatiques et la vie d'après lui imposent le silence. Elle avait réussi à se cacher en elle-même, dans le format de sa jeunesse, pour les séances précédentes, mais pour la séance du dehors : « *Ça devient trop lourd pour moi, mais je ne sais pas comment les structurer. Je t'en prie, je n'en parle pas aujourd'hui. Ça sera pour une autre occasion* », nous dit Dora. Nous respectons sa demande, mais à peine avons-nous marqué notre accord qu'elle continue en nous disant : « *Pour moi, le général n'existe pas. Pas de général, tout est blessant. Tout ce qu'on disait dans le contexte dit 'général' est à moi. Pour nous qui sommes comme ça, qui ont vécu ce que nous avons vécu* (elle voulait dire les survivants infectés par le VIH/SIDA dans le contexte du génocide), *le général n'existe pas* ».

Elle nous confie qu'elle est « *la seule survivante* » de toute sa très nombreuse famille, qu'elle vit avec le VIH, comme ses trois enfants parmi les cinq enfants qu'elle a. Son mari,

« *le seul survivant* » de sa famille aussi, est également infecté par le VIH. Pendant cette séance du dehors, il était en prison pour « *des raisons fabriquées en vue de nous priver de nos terres* ». Dora ramasse toute sa souffrance dans cette phrase, qu'elle articule avec une tristesse intense : « *Tu t'imagines toi-même ce que j'ai enduré, et ce que j'endure maintenant.* » Pour clôturer, elle dit simplement, avec une peine incommensurable, les larmes étant déjà séchées : « *S'il te plaît, préserve-moi d'y entrer. Je n'ai pas le courage aujourd'hui. Si c'est mourir, je suis déjà morte. Ce qui me reste... c'est ce que j'attends* ».

Nous avons eu le sentiment d'un discours d'évitement chez elle, mais en même temps de désespoir et de crainte de perdre pour de bon les terres de ses parents dont elle est la seule héritière.

(En sanglots) *C'est chez nous, tout le monde le sait... qui va nous justifier ? Mon mari est en prison pour ça, si je parle je vais le rejoindre... J'ai encore le devoir d'élever nos enfants, mais maintenant que nous sommes entre nous, je te le dis, je suis fatiguée, je suis fatiguée et je suis fatiguée.* (Dora ne pleurait pas seulement pour elle, mais aussi pour son mari emprisonné avec ses bourreaux et « la vie sans vie de tous les jours », nous a-t-elle confié. Son propos envers son mari lorsqu'elle est allée lui rendre visite ne cesse de la hanter)... *Je lui ai dit : « si jamais tu piques encore tes crises en prison, n'attends plus que je revienne te voir, sinon tu vas aussi me voir dans le même état ! Qui va s'occuper de nos enfants ? Si jamais tu as un problème, adresse-toi aux autres prisonniers comme toi. Si non, je risque de mourir en cours du chemin : prison, maison, clinique, pour moi, pour mon mari, pour nos enfants, nos familles, le dehors, ... tu le vois, c'est une vie sans vie.*

À travers ses propos, si courts soient-ils, vu le temps dispensé pour y arriver, Dora nous fait part de certains facteurs qui constituent des défis pour la reconstruction du survivant. C'est en général cela qu'elle résume lorsqu'elle parle d'une vie sans vie, pour signifier toute une réalité multifacée qui ne fait que compliquer le quotidien du survivant. Dans ces propos, nous ne relevons que trois dimensions de cette réalité : (1) le problème des terres, c'est-à-dire le patrimoine matériel, comme héritage pour un survivant qui jouit du droit à la succession ; (2) la cohabitation des victimes et des bourreaux ; (3) la précarité psychosociale qui impose aux survivants une énergie qu'ils ne possèdent pas. Pour l'instant, notre attention fut retenue par l'importance du chez soi (Brackelaire, 1995) et de l'entre nous, le préalable pour pouvoir se confier dont nous traitons dans le premier point, comme l'ont souligné la plupart des mères, à l'exemple de Concilia qui a pris tout son temps pour contester ce dispositif dans ces premiers moments. Après nous avoir confié cela, nous restons un moment ensemble avec Dora sans parler, puis elle nous dit : « *Pas de problème, je vais me remettre. Le trajet de deux heures à pied d'ici chez moi me suffit et personne ne va rien percevoir. Je suis habituée.* » Intérieurement, nous sentons qu'elle nous dit cela pour nous pousser à mettre fin à ce que nous avons engagé comme conversation, entre nous, qui peut-être sort sans que le moment ne soit opportun. Nous voyons bien que ce qui s'est passé dans la dynamique du groupe témoigne de la réalité cruciale du génocide et de ses séquelles. Une de ces séquelles que nous repérons dans ces courts propos est en rapport avec le processus de se définir socialement. Brackelaire (1995, p. 23) indique que, pour y arriver, « on confèrera un caractère naturel primordial à l'endroit où on est né [...]

au lieu et au temps où on a grandi, à la femme dont on provient, à la famille et au milieu de notre enfance, mais aussi, plus largement, à l'ensemble de notre vie sociale. »

De telles situations se sont imposées sur notre terrain. L'intensité émotionnelle, les transferts et les contre-transferts étaient aussi énormes. Surtout pendant le premier et le deuxième temps de terrain, particulièrement pendant la période commémorative et les mois qui l'entourent, du moins celui qui le précède auquel nous avons pu assister physiquement. Dans ce cas, la survie du chercheur qui opère sur un tel terrain est aussi fort difficile comme cela peut se remarquer à travers les interactions groupales et/ou individuelles. Une autre réalité qu'il faut souligner est celle qui est en rapport avec le phénomène de contagion émotionnelle, une sorte d'échange ou de transmission de l'horreur. Ce climat est toujours accompagné de transferts massifs. D'une part, on est idéalisé en tant que mère, sœur, mari, fils aîné ou cadet, protecteur et/ou défenseur. On est pris comme porte-parole ou même comme personne qui sait et qui peut tout. D'autre part, on peut être considéré comme un enfant qui ne sait rien de la réalité ou qui doit être protégé ; cela peut aller jusqu'à être diabolisé et être pris comme un violeur. Les personnes à qui nous faisons allusion, c'est nous-même et autre co-facilitatrices et facilitateurs. Le premier facilitateur masculin à défricher le chemin pour les autres fut l'objet de tous ces transferts positifs et négatifs. Un travail créateur autour de ces transferts a permis l'élaboration du vécu des mères, surtout autour des viols. Ainsi d'autres thérapeutes qui lui ont succédé dans la tâche de faciliter le groupe des mères furent épargnés de tous ces transferts négatifs. Cependant, les transferts positifs n'ont pas non plus été faciles à supporter. Ce sont tous ces transferts qui ont fait l'objet d'une réflexion à partir de laquelle ce travail a été réalisé. Nous étions tenus d'être là, au sens de la présence de l'analyste telle que Thomas H. Ogden l'explique : « (...) c'est-à-dire de la spontanéité et de la liberté dont il fait preuve lorsqu'il répond à l'analysant à partir de sa propre expérience de la situation analytique sans emprunter aux caricatures d'une neutralité psychanalytique affectée » (Ogden, 2009, p. 190).

Selon ce que nous avons vu, entendu, ressenti, particulièrement durant cette séance du dehors, nous pouvons affirmer que, devant de telles situations, la neutralité du chercheur est vite mise en échec. Ce sont les transferts et les contretransferts qui guident le reste de ses interventions. Par là, nous faisons allusion à la réaction immédiate de l'une des mères qui qui nous a ordonné de nous arrêter de crainte qu'elle et les autres membres du groupe ne s'effondrent, comme Nancy et Dora. De notre côté, durant certaines séances, en l'occurrence celle du dehors, devant ce qu'il nous était donné à voir et à entendre, nous éprouvions de l'impuissance, tant nous étions envahie émotionnellement. Ainsi, en résulte la décision d'être très vigilante quant à la période de recueil des données auprès des mères.

Godard, Munyandamutsa, Mutarabayire & Rutembesa (2012, p. 18) ont fait le même constat. Ils suggèrent une façon de s'y prendre pour essayer de se mettre à distance et générer du sens. Ils proposent des supervisions cliniques de groupes petits et grands dans lesquels les échanges créatifs de la part de toute l'équipe vont renforcer et réorienter la relation thérapeutique et lever le blocage. Nous n'avons malheureusement pas pu bénéficier de ces supervisions, cependant, pour notre propre survie, nous nous sommes créé d'autres espaces pour allonger « la chaîne de l'écoute » (Cornejo, Brackelaire, & Mendoza, 2009).

Non seulement nous avons mis en place des séances dites « *post-groupe* » pour comprendre les phénomènes qui se sont passés dans le groupe entre les membres et à travers nous-mêmes, mais aussi nous nous sommes liée à d'autres institutions locales qui disposent de moments de supervision. Même si nous n'avions pas à partager les situations gérées, au moins cela nous a permis de nous sentir membre du corps professionnel. Cela pouvait de temps en temps réduire le sentiment d'isolement que nous ressentions avec ces transferts et contretransferts cumulés.

Malgré l'existence de ces autres espaces, cette séance du dehors fut un signal qui nous a avertie de penser encore à notre propre survie. Nous avons donc dû supprimer le mois d'avril du temps alloué au recueil des données pour l'économie de notre propre énergie psychique, afin de pouvoir rester au service de la communauté sans se sentir dépassée. Pour prévenir l'anéantissement répétitif annuel chez les mères, nous avons dès lors instauré des séances dites « pré-commémoratives » au mois de mars pour amortir l'impact des fantômes d'avril encore vivants et potentiellement menaçants. Pendant ces séances, le survivant a eu le temps de partager avec ses pairs ce qu'il n'a jamais osé partager en public, sauf dans l'espace Entre-nous. C'est surtout le vécu avec le VIH et avec la réalité qui l'entoure que les mères peuvent partager entre elles, dans cet espace qui leur a été réservé.

Ce que nous pouvons dire du fonctionnement du groupe, particulièrement pour la dynamique de cette séance du dehors, c'est que le groupe veille sur son existence. C'est comme si les deux cas se déclaraient porte-parole des autres mères pour témoigner qu'elles existent, qu'elles ont leurs préoccupations, qu'elles ont besoin d'être ensemble et d'être écoutées, quelles que soient les conditions. « Le langage de souffrance est polyglotte » soulignait le Professeur Jean Kinable lors de l'échange autour de cette séance du dehors. C'est la raison pour laquelle ces deux mères n'ont pas pu respecter la consigne énoncée tout au début en manifestant ce à quoi on ne s'attendait pas, façon de réaffirmer le groupe et de défendre son existence malgré les avatars du dehors. Le dedans a su offrir d'autres conditions, mais entretemps le groupe a su montrer son mode de fonctionnement en mobilisant tout le reste ; même ceux qui ne faisaient pas partie attendaient sur le seuil. Ce qui témoigne que nous n'étions pas seule à faciliter cette séance. Chacun à sa position a su être responsable à sa façon, a imposé le cadre d'un Entre-nous. En tout cas, même si cette séance nous a tous affectés, nous en tirons un grand profit, en ce sens qu'elle nous a affectée mais de telle manière que nous avons pu avancer, surtout au niveau de la clairvoyance par rapport à la structure du dispositif qui nous préoccupait.

Pour conclure avec cette séance du dehors, soulignons que les cas de Dora et de Nancy ne sont pas les seuls cas cliniques pouvant dissuader tout chercheur de s'en tenir aux normes classiques ou contemporaines de la recherche. Pouvait-il en être autrement ? Au-delà des deux cas susmentionnés, bien d'autres s'observent, si nombreux. Le lecteur remarque aisément que dans des situations pareilles il y a encore des boîtes ouvertes que l'on ne peut pas laisser non refermées ; qu'il y ait des blessures intérieures à soigner. La neutralité à laquelle nous appelle une large part de la recherche classique et contemporaine n'avait plus ni place ni pouvoir. Sauf si les actions de terrain sont bien accompagnées de moyens dont nous ne disposions pas pour pallier ces « crises » incontournables. Aussi, du

moins à ce jour, c'est à nos yeux le pouvoir de l'Entre-nous qui prend le dessus et semble s'imposer, par sa faculté de se rétrécir ou de s'élargir, pour dire « non » à tout élément destructeur de la sérénité de ses membres et pour cadrer l'espace et la dynamique du groupe à sa façon.

Comme nous l'avons précisé (Uwineza et Brackelaire, 2012), cette façon de procéder peut donner l'impression aux chercheurs classiques et contemporains que les frontières épistémologiques qui régissent la méthodologie permettant d'accéder « à la réalité objective » ont été dépassées. Nous croyons pouvoir affirmer le contraire, car elle ne fait que proposer un peu de recul. La proposition produit par la suite d'étonnants résultats, grâce à la proximité entre, d'une part, le thérapeute et sa patiente et, d'autre part, entre les membres d'un même groupe. La proximité finit par offrir au chercheur-acteur un énorme contenu de données dans leur état brut. Pour adopter une telle méthodologie, les thèses Pires (1997, p.6) nous servent de repères. Selon ce chercheur, « le plus important n'est pas de s'embarrasser d'une connaissance neutre de la réalité objective mais, au contraire, de produire une connaissance, certes utile, mais explicitement orientée par un projet éthique visant la solidarité, l'harmonie et la créativité ». La démarche qui offre la liberté de créer permet aussi de bien isoler le vécu singulier du vécu collectif dans lequel il peut souvent être noyé.

3.5. Entre-nous pour désigner l'espace « mère »

En général, les thèmes mentionnés plus haut proviennent des propos des mères. Pour celui-ci, nous tentons de comprendre et de donner sens à ce qu'elles nous expliquent par leurs propos et dans le contexte où le concept d'Entre-nous et celui de Chez-nous sont apparus d'une façon récurrente. Tout en usant de notre propre subjectivité, en privilégiant la subjectivité de chaque mère, subjectivité que nous considérons comme source première d'accès au réel, nous accordons à ces deux concepts une place centrale au cœur de cette thèse. C'est ainsi que les deux concepts reflètent ce qui est au-delà de l'espace qu'ils représentent, respectivement celui des mères et celui des enfants. Comme il est pratiquement impossible de parler de la mère sans évoquer l'enfant, il est compréhensible que l'on ne puisse pas ignorer l'existence du point d'intersection de ces deux espaces. Ainsi donc, le concept de Chez-nous attribué à l'espace « enfant » fut aussi évoqué à plusieurs reprises dans les propos des mères, surtout quand elles font référence à leur enfance, ou quand elles parlent de l'état d'enfant en elles, pour relater comment elles ont émergé en tant que personne (Brackelaire, 1993).

La phase d'hésitation qui a caractérisé les débuts de notre dispositif, surtout sur le site de Remera, a cédé la place à la phase de cohésion. La chronologie des événements part du temps de normalité, avons-nous dit, vers la période commémorative. La dynamique du groupe témoigne de la fusion émotionnelle ; leurs paroles témoignent que l'histoire semble partagée. De temps en temps, la parole peut être tenue à la première personne du pluriel. Pendant la période commémorative comme celle que nous venons de décrire, il était impossible de tenter une démarche qui mène vers la distanciation. Cela n'a été possible que

pendant le temps de normalité quand commence notre deuxième temps de terrain. Les résultats que nous allons présenter ci-dessous sont issus des deux derniers temps de terrain. Progressivement, notre lecteur observera que la dynamique du groupe évolue de la phase de cohésion quelquefois fusionnelle vers la distanciation. Les deux concepts Entre-nous et Chez-nous se trouvent dans ce mouvement. Dans cette section, nous abordons principalement le concept d'Entre-nous ; celui de Chez-nous, qui se glisse de temps en temps dans les propos des mères, aura sa place dans le chapitre suivant.

Les résultats sont présentés de façon à déceler le travail symbolique et créatif qui tente de restaurer la famille et ses membres dans cet espace Entre-nous. Il nous semble que pour la mère c'est seulement dans cet espace qu'il lui est possible de parler de sa souffrance. Les débuts ne le permettaient pas, l'Entre-nous n'était pas encore façonné. Autrement dit, les liens n'étaient pas encore tissés solidement. Lors de certaines séances d'évaluation des actions du premier temps et/ou du deuxième temps de terrain, les mères en parlent. Elles évoquent ce qui les préoccupe en tant que mères de générations différentes chacune de son côté, selon une riche polyphonie où l'énonciateur représenté varie (« Je », « Nous », « Il/elle ») selon les moments du récit.

C'est réellement à travers une telle ambiance que nous avons pu déceler le vécu de chacune d'entre elles quant au génocide, au VIH, à la vie d'avant et à celle d'après. La démarche pour y arriver n'était pas si facile. Nous procédons toujours délicatement sans infliger de questions indiscretes, en allongeant le moment de présentation ; quelquefois on y ajoute les nouvelles du temps passé pendant la période où l'on ne s'est pas revus. D'ailleurs, si le sujet est soumis à un questionnaire stéréotypé, ses réponses elles aussi deviennent stéréotypées. Suivant notre méthode, il est même possible de clarifier les normes du groupe (Olga & Correa, 1998 ; Roisin, 2003) que nous connotons de repères de protection du groupe.

3.5.1. Repères de protection

Dans les groupes de paroles ordinaires, on établit en général ce qu'on appelle les règles ou les normes du groupe (Roisin, 2003). Pour notre groupe de soutien, nous préférons les appeler « repères de protection » pour souligner leurs usages, leurs caractères de non rigidité ainsi que le processus par lequel ils se sont mis en place. Tout au début, les formalités précisant le lieu, la durée, le respect mutuel, le non jugement de l'autre et la discrétion ont été soulignées ; la dynamique du groupe a institué les autres repères en brisant les premières. Le silence, les murmures entre deux mères, assises côte à côte, les réactions de l'une par rapport à l'effondrement en émotions de l'autre, la découverte progressive mutuelle des particularités des unes et des autres, les critiques structurées constituent les différents axes sur lesquels les nouveaux repères de protection qui différencient l'Entre-nous des autres groupes se sont construits. Quelques éléments exemplatifs témoignent de la flexibilité quant à l'observation de ces repères de protection. Citons, par exemple, l'impossibilité d'homogénéiser, l'impossibilité d'interdire aux

retardataires d'entrer dans la séance. Un jour, il nous est arrivé d'ouvrir pour une 11^e mère alors que le groupe était déjà fermé depuis 3 mois. Il faut souligner que c'est un travail qui s'élabore et qui fait que le groupe s'affirme toujours comme une unité existante et qui intègre ces membres comme la culture traditionnelle le prescrivait.

C'est lors de la présentation par exemple que l'on fait part de quelques fragments de son histoire. Les liens qui se sont tissés même en dehors du groupe témoignent de l'efficacité de ces normes de protection qui se sont mises en place progressivement (Uwineza & Brackelaire, 2012). Outre ces liens qui se sont tissés et qui s'étendent même en dehors des rencontres, les conflits, les secrets, leurs gestions, d'abord entre mères, puis entre nous, montrent les particularités de ce groupe quant à l'accès au vécu de ses membres. Cidessous, nous présentons les résultats qui proviennent de 6 séances. La réalité abordée a émergé grâce à un repère de protection émis par une des mères. Cette réalité fut longtemps cachée derrière la valeur de la dignité soulignée par certaines mères pendant la présentation. Soulignons que cette réalité ne se résume pas à l'acte de se présenter. Elle pouvait couvrir presque toute la durée de la séance. Dans ce cas, elle s'impose comme outil stratégique pour permettre la libération du récit.

3.5.2. Derrière la dignité, conflit latent entre soi et entre mères

Cela se passe pendant le temps de normalité, dans les débuts de notre deuxième temps de terrain ; les propos des mères se focalisent sur leur quotidien : les questions sans réponses que posent des enfants, les conflits dans le voisinage liés aux terres, les frustrations liées au sentiment de ne pas être comprises, les rendez-vous réglementés à la clinique, les enfants infectés/ou affectés, leur vie à la maison et à l'école, le refus de prendre les médicaments, etc. Alors que nous sommes au milieu du temps de séance, Ange n'est pas satisfaite parce que certaines se sont présentées brièvement par rapport aux autres membres du groupe, dont nous-même.

Ange : Eh, Eh, deux personnes ont été longtemps loin de nous, nous avons hâte de les revoir, qu'elles prennent encore la parole. Elles se reconnaissent. (Elle nous regardait et nous tendait la main, signe de nous accorder la parole).

Uwineza : Nous entrons un peu en scène. Je suis contente de revenir parmi vous, et de vous trouver ainsi. Vous m'avez appris beaucoup de choses, je trouverai sans doute un moment de vous faire part de la leçon que j'ai tirée de ce que nous avons discuté pendant les 8 mois passés. Je resterai encore parmi vous pendant 8 mois.

Ange : Dis-nous aussi ce que tu aimes et ce que tu détestes.

Uwineza : J'aime les enfants, la musique douce et la verdure de la nature. Je déteste la violence et l'injustice. Et si Ange le permet, que l'autre personne se présente aussi avant que le facilitateur ne poursuive avec le programme.

Grathia : Vous me connaissez déjà de mes deux noms, je vous ai toujours dit que j'aime bien garder ma dignité. Et j'y tiens encore. C'est vrai, ça fait longtemps sans venir ici entre nous, j'ai été malade et j'ai eu d'autres soucis de la vie (Baisse la tête et pleure).

Notre collègue reprend la parole pour continuer la facilitation du groupe : la jeune mère Grathia ne peut pas mettre de mots sur ses émotions. Elle dit : « *Laissez-moi pour le moment, la seule chose que je peux vous dire, c'est qu'il faut rester digne et se donner la valeur, et c'est ça le succès de la survivance* ». Cette intervention nous est apparue chargée et remplie d'une réalité que personne n'ose explorer. Cependant, la dignité fut l'objet du travail pour quelques séances. Grathia n'est pas la seule à souligner la question de la dignité. Chaque mère évoquait fréquemment la dignité d'une mère veuve, sa valeur et sa loyauté aussi bien pour son mari que pour ses enfants.

Nous n'avons plus de valeurs comme d'autres mères. Mais nous devons nous en donner nous-mêmes. Seulement un obstacle nous empêche d'y arriver, et c'est le même obstacle qui nous coince dans la vie : ce problème, notre maladie. Nous devons nous justifier partout pour être assistée. Une fois, je me suis confiée à la personne chargée des affaires sociales, je croyais qu'elle devait me comprendre, elle a dit à haute voix alors que je lui ai dit ça confidentiellement : « sida si ubumuga, genda uzagaruke bahamagaye abanyesida » (le sida n'est pas un handicap, ne reviens ici que lorsque ce sera le tour des sidéens). Depuis, je n'y songe plus. Je fais tout pour garder ma dignité, je me contenterai de ce que j'ai, qu'ils gardent leur assistance. Eux aussi ne font que comme ces touristes humanitaires. Est-ce que tu crois que réellement on songe à nous ? (...) Ici entre nous il n'y a que des mots, mais des mots nourrissants, qui nous réaccordent nos valeurs. Là-bas, il y a même de la nourriture, on devrait nous mettre sur la liste de ceux qui méritent l'assistance permanente (inkunga y'ingoboka ihoraho), mais, écoutez-moi ce que l'on nous dit. Sache que nous n'avons plus de valeurs, celui qui nous la donne, c'est seulement celui qui comprend notre sort. (Rose)

La dignité, (*ubupfura /ubunyangamugayo*) une des valeurs de référence et d'éthique sociale du Rwanda, n'a pas de signification univoque. « Aucun mot ne peut exprimer exactement le contenu » (Galabert, 2012, p. 294). Elle peut être traduite comme « la noblesse du cœur » (Galabert, 2012 ; Bigirumwami, 2004, Kagame, 1959). Dans le présent contexte, plusieurs réalités sont associées au concept de dignité. Elle est à comprendre comme l'exécution de ce qui est jugé bon par la personne pour soi-même et pour les autres. Quand les mères à l'exemple de Rose évoquaient – à la première personne du pluriel, dans le « nous » – la question de la dignité, nous entendions une sorte de frustration, de déception par rapport à l'impossibilité de restaurer ce qu'elles étaient avant. Nous voulons dire l'impossibilité de réinsuffler les valeurs en tant que femme d'un homme, mère des enfants, qui pense et qui agit pour le progrès de son foyer. Dans la culture du Rwanda comme dans celle du Burundi, un foyer solide est gouverné par un homme (Simbananiye, 2002).

L'homme est considéré comme un roi et la femme comme sa couronne, comme l'homme est l'honneur et les enfants sont la prospérité. Quand les mères évoquaient la dignité, c'était en quelque sorte une façon de se rappeler les unes aux autres de faire l'impossible. Être tout pour soi. Cela leur demande de fournir un effort gigantesque pour se suffire. Le seul endroit où elles peuvent adresser leurs requêtes, c'est au sein de leur nouvelle famille sociale AVEGA. Pour elles, ce n'est même pas nécessaire de demander. Nous pensons à Donatienne qui vit dans une précarité sociale remarquable. « *Je crois qu'on sait déjà, car on songe à nous, ce n'est pas nécessaire de demander. Demander, demander,*

demander, demander Ça c'est le propre des enfants et nous, nous sommes adultes. Il faut rester digne ». C'est à ce constat que Rose s'attendait chez la personne chargée des affaires sociales. Le contraire est appelé *tourisme humanitaire*, pour faire allusion aux visites effectuées dans l'objectif de faire la sélection de ceux qui méritent une assistance particulière. Pour les mères, la dignité vient pour exprimer leurs devoirs et leurs responsabilités prescrits par l'après génocide qu'elles ont décidé d'assumer. Être digne pour elles, c'est rester soi, pouvoir se protéger, se donner tout, « pour que l'ennemi ne dise pas *awa*⁷⁹!

La dignité qu'a toujours évoquée Grathia nous paraissait différente. Depuis le premier temps de terrain, elle se présentait en disant qu'elle aimait bien garder sa dignité. Pendant le deuxième temps de terrain, lorsqu'Ange, par la sagesse de son âge, nous met en scène nous-même afin d'inciter Grathia à revenir sur sa dignité et à donner des nouvelles. Le contenu émotif qui accompagne sa présentation nous a interpellée, pour savoir ce qui se cache derrière sa dignité accompagnée de larmes. Lors de notre troisième temps de terrain, cette fois-ci il lui est possible d'en parler. Nous apprenons d'elle qu'après le génocide « *un homme gentil* » les a assistées elle et sa mère ; après un certain temps, elle ne sait plus par où est parti « *ce gentil homme* », mais en même temps elle est enceinte de lui. Grathia a mis au monde un enfant infecté. « *Ce fut une raison de redevenir sombre* », nous dit Grathia. Le paradoxe entre la réalité qui entoure la dignité qu'elle voulait garder et le désir de mettre au monde un enfant sain créa des conflits internes en elle. Elle les décrit :

Depuis que vous m'avez vue, j'avais plusieurs cœurs. (Avoir plusieurs cœurs est à comprendre comme la présence de plusieurs objets de pensée et l'impossibilité de prendre une décision). Même si je ne vous ai rien dit à ce propos, je n'ai jamais cessé de me poser des questions sans réponse : Suis-je fille ? Suis-je femme ? Suis-je veuve ? Oui, j'ai mis au monde, mais où est le père de l'enfant ? Vais-je rester comme ça ? Qui suis-je réellement ? Voilà des questions que je me pose toute seule, chez moi, dans la rue, ici entre nous toute seule. La réponse m'est arrivée, vous m'avez vue malade, froide, en tricot sous le soleil. Finalement, Dieu m'a fait des merveilles, je le remercie, il ne m'a jamais abandonnée dans toutes ces questions que (...). C'est nombreux ! Je retourne ici entre nous, je remercie déjà Letty, c'est grâce à elle que je suis parvenue à revenir parmi les autres. Le bébé a déjà trois mois. Si je n'ai pas réussi à garder ma dignité, ce n'est pas ça que je voulais. Au contraire, je crois toujours que nous devons garder notre dignité, nous donner la valeur nous-même, car personne d'autre n'est là pour nous donner cette valeur.

Grathia parle avec fermeté. Nous apprenons de ses propos le poids du secret entre mères de générations différentes. Grathia est une jeune mère tout comme Letty, Dora et Nadège par rapport aux autres mères. Toutes ont eu des enfants après le génocide. Sauf Dora, mariée à son choix, les trois autres n'ont pas décidé la relation qu'elles ont eue avec le père de leurs enfants. Pour Grathia, elle nous a confié qu'il fut *un temps de ténèbres*, pendant lequel le lieu des femmes était fréquenté par les hommes. Elle signale qu'elle était jeune (sans préciser l'âge) et pour elle ce n'était pas encore le moment de fonder un foyer. Chez

⁷⁹ Awa : interjection intraduisible. Le contexte en soi renvoie à la joie de l'ennemi face à la souffrance de la victime.

elle, – où elle vivait avec sa mère –, les hommes venaient nombreux. Selon les propos de Grathia, il y en avait un qui était gentil et qui les a beaucoup assistées ; « *finalement je me suis retrouvée enceinte et je ne l'ai plus vu, il a disparu avec sa gentillesse et il m'a laissée avec le sida* », précise-t-elle. Nous avons l'impression que les questions liées à l'impossibilité de se situer entre les mères ont fait que Grathia est restée dans le groupe avec le thème de la dignité. Si rester digne pour une veuve signifie « *rester seule avec ses enfants et se suffire* », comme le disaient certaines d'elles, il n'en était pas ainsi pour Grathia qui ne se définissait ni dans le rang des filles, ni dans celui des femmes, ni dans celui des veuves. Même dans le statut d'une mère, elle ne se voyait pas jusqu'à ce qu'elle ait eu un bébé sain, car le premier vit avec le VIH. Pour elle son projet n'était pas à partager dans le groupe des mères veuves. Elle a élaboré ça seule et a fini par prendre une décision. Elle est restée dans le groupe étant enceinte, mais en étant quelquefois irrégulière.

Ce que nous voulons souligner, c'est la force des liens entre générations qui se sont manifestés entre les mères. Nous sommes étonnée de la façon dont Letty, qui a su lui rendre visite chez elle, a pu garder le secret pour elle-même, même si à Entre-nous on partageait tout. La jeune mère Letty, qui avait l'habitude de parler peu, s'est inquiétée de l'irrégularité, voire de l'absence de Grathia et a pris la décision de lui rendre visite. Grathia lui a confié qu'elle a honte de revenir près d'autres mères et l'autre l'a accompagnée discrètement jusqu'à ce qu'elle prenne la décision de revenir dans le groupe. Ange aussi le savait, par « *simple intuition* » dit-elle, et l'a incitée à se présenter et à donner des nouvelles en passant par nous-même. Remarquez combien les liens tissés entre les mères ont fait un travail d'accompagnement comme « *ça devrait se faire dans un cadre normal* », que les mères conçoivent comme un « Entre-elles ». Plusieurs mères mettent des mots par rapport aux propos de Grathia et à sa raison d'être hors du groupe entre mères si longtemps. Nous reprenons ceux d'Ange. Une partie du contenu de ces propos est dirigée vers Grathia, une autre vers le reste du groupe et enfin vers nous, facilitateurs de la séance.

(En s'adressant à Grathia). *Nous sommes des mères, nous te comprenons et nous comprenons les raisons qui t'ont poussée à avoir les enfants. Nous toutes souhaiterions redevenir nombreuses comme nous étions avant. Ce que tu as fait, n'est-ce pas ça la reconstruction ? Si chacune d'entre nous parvenait à se fixer les objectifs et les atteindre, quelle est la forme de reconstruction autre que ça ?* (En se retournant vers nous et notre collègue comme si elle nous incitait à réagir à ces propos) *Moi je suis contente que notre enfant [pour dire Grathia] ait eu ce que son cœur a tant désiré. Qu'elle apporte son bébé, c'est aussi notre enfant, et elle mérite d'être traitée comme une mère. N'est-ce pas ?*

Cette situation témoigne de la qualité des liens tissés qui se sont prolongés hors groupe. Ces liens sont à leur tour caractérisés de secrets, mais secrets que nous qualifions de secrets contenant en se basant sur la réaction de Grathia par rapport à la manière dont les mères qui savaient ça se sont comportées. « *... le fait que vous avez su garder secret pour moi, ça m'a servi d'appui, m'a bien enveloppé et ça a fortifié les liens entre nous* ». Cette appropriation subjective du travail effectué par les paires montre le processus par lequel « *les enveloppes et les liens* » (Houzel, 2010) entre générations se forment chez les membres du groupe, affirmant ainsi l'existence du groupe malgré leur hétérogénéité. Le secret qu'ont su garder Letty et Ange pour la jeune mère Grathia sert donc de point de

nouage (Kaës, 2010) où se solidifient et peuvent se maintenir les liens entre les mères. C'est à partir d'une telle sagesse que chaque mère garde sa place parmi les autres malgré la différence d'intérêt que chacune a pour le groupe. La mise en sens que chaque mère apporte à la situation de Grathia a montré qu'elles sont aussi réellement les facilitatrices du groupe à leur façon.

A partir des propos d'Ange, nous saisissons une bonne opportunité pour explorer le sens de la reconstruction pour ces mères. C'est une tâche qui nous a pris le reste du temps avant de clôturer nos activités de terrain. Pour l'instant, la reconstruction psychique du sujet nous apparaît comme la (ré)acquisition de la capacité de repérer la faille psychique et de se représenter ce qui peut la réparer. Cela se traduit par la capacité d'entreprendre le projet personnel pour aller à l'autre rive de la faille psychique. C'est ce qu'a fait Grathia, en se fixant des objectifs personnels. Nous trouvons qu'entre les générations des mères, elle a pu se trouver une place qui lui convient. Le contrôle personnel et l'autonomie dans l'agir seront des indicateurs de la reconstruction. C'est étroitement lié à la capacité de s'auto-évaluer par rapport à ses compétences, son estime de soi et son efficacité. Nous avons exploré ces thèmes à travers les deux questions qui vont suivre. (a) Que dis-tu de ce dispositif après tout ce temps passé ensemble ? La réponse devrait être formulée à la première personne du singulier. (b) Que fait le survivant une fois que les piliers pour son appui ne sont plus solides ? L'objectif était triple. Premièrement, nous visions à déceler le vécu, ce qui a été construit chez chaque mère individuellement pour entreprendre un projet individuel, propre à chacune, par rapport à ce qui constitue le défi de la reconstruction. Deuxièmement nous voulions les préparer au sevrage qui s'annoncé déjà pour certaines ; troisièmement, nous visions à explorer chez elles ce qui constitue le pilier de leur survivance.

3.5.3. Que dis-tu de ce dispositif après tout ce temps ?

Cette question lancée d'une façon générale suit les préalables de nos démarches de réinsertion dans l'espace « mère » sur les deux sites après 4 mois d'absence. Chaque fois que la mère s'engage à y répondre, le travail qui s'ensuit la pousse à remonter le temps, déjà avant l'initiation des présents groupes de soutien, mais aussi pendant les trois temps qui constituent notre absence physique sur le terrain. Elle se retrouve donc devant une nécessité de faire un trait d'union entre les trois temps de terrain séparés chaque fois d'une période de 4 mois hors terrain.

Notre collègue faisait démarrer la séance par cette proposition : « *Discutons de ce que le groupe nous a apporté depuis le début jusqu'à présent* ». C'est à partir de là que les membres du groupe font un inventaire des qualificatifs métaphoriques de l'espace « mère ». Pour notre part, nous y décelons clairement ce qu'elles voulaient dire par « L'Entre-nous ». Chacune décrit ce qu'il a été pour elle et le changement qu'il lui a apporté et de là nous essayons de comprendre le sens de la reconstruction psychique de ces mères qui étaient prises dans la logique de l'irréparable après avoir subi le génocide et la contamination par le

VIH. Plusieurs qualificatifs ont été attribués à cet espace. Nous avons l'impression que chaque personne le qualifie en fonction de ce qu'il lui a été par rapport à son histoire, surtout celle liée au génocide et à la maladie apprise après coup, ainsi que par rapport au quotidien dans le processus de la survivance.

Les mères évoquent des qualificatifs tels que le miroir, la force, le bouchon du trou sans fond, le lieu des liens, etc. Nous n'allons pas nous attarder sur chaque qualificatif, surtout que leur sens se résume en un seul qui constitue le thème des liens et c'est seulement ce thème « de lieu des liens » que nous abordons. Nous ne présentons pas transversalement les résultats issus des différentes séances avant d'entamer l'essai de conceptualisation qui sera précédé d'autres résultats issus de la méthode du récit de vie. Récit de vie qui inclut un dialogue intérieur entre instances que métaphorisent les usages divers du « je », du « tu », du « nous », à l'image d'une délibération, qui permet d'organiser le récit de vie, d'éprouver des événements comme moments du récit. Cette analyse rejoint celle que nous avons proposée antérieurement à la p. 129, à propos de la nouvelle histoire qui en naît. Ainsi, chacune des mères renoue individuellement avec son histoire c'est-à-dire tente de réunir les fragments des événements de son passé, et d'entrer dans la perspective de l'après groupe.

3.5.4. L'Entre-nous, lieu des liens

Les cas que nous avons accompagnés nous ont fait part d'une destruction du tissu social qui fait que le survivant se sent seul au monde. A titre d'exemple, intéressons-nous aux propos fournis par Ange qu'elle nous a confiés à différents moments.

Le génocide a non seulement fait disparaître les miens et tout ce qui m'appartenait, mais il a fait aussi disparaître une partie de moi. Quand par la suite j'ai appris que j'étais séropositive, je suis devenue une tout autre personne. La vie ne valait plus rien. Il m'est arrivé, à plusieurs reprises, de tenter de m'achever moi-même, parce que je me sentais déjà morte. Je ne voyais personne autour de moi. Même ma sœur me haïssait, après avoir su que j'avais le sida. Elle s'est éloignée de moi, comme les autres du dehors. (...) Les premiers jours, je voulais lui cacher que j'étais séropositive. Je n'ai repris la forme que quand j'ai commencé à m'asseoir parmi vous dans ce groupe entre nous. Ici, vraiment je me sens entourée, même quand j'ai un problème, je le dépose ici entre-nous, il arrive que j'en discute avec telle, avant même que le jour de nous revoir n'arrive. (Elle pointe le doigt sur l'une des femmes) Elle passe souvent me voir.

À une autre occasion

(...) Je travaillais énormément dans les champs pour lui montrer que j'avais toutes mes forces. Mais intérieurement je me disais : « si Dieu pouvait permettre que je meure de ces travaux qui me dépassent. » En fait, je voulais me fatiguer et enfin mourir de ces travaux... Pour la deuxième fois, j'ai voulu me lancer sous un véhicule qui roulait, pour qu'il m'écrase (en rigolant). Je vous dis la vérité, je passais des jours et des jours dans la brousse à côté de la route, j'ai manqué la force de me jeter sous les pneus de la voiture qui passait. La première

voiture passait, je me disais... je vais me lancer sous celle qui va suivre. Elle passait et ainsi de suite, le soleil se couchait.

Même mère à une autre occasion :

(...). Ce n'est qu'ici entre nous, que j'ai retrouvé les amies, d'autres enfants garçons et filles. (...). Ce n'est pas seulement ma sœur qui m'a tourné le dos. Même mes intestins ont fait comme elle... Pour cesser de souffrir, il fallait donc cesser de penser ou réussir à changer l'objet des pensées. Même si ce n'est pas totalement fini, cela n'a été possible qu'ici entre-nous.

Comme d'autres mères, elle nous a fait part que le génocide a installé une rupture des liens entre les gens et que le VIH/SIDA élargit cette rupture entre dedans et dehors. C'est ce que certaines mères voulaient souligner en parlant de la distance entre elles-mêmes et leurs propres enfants, qu'elle nomme aussi « intestins ». Quand la mère nomme ainsi son enfant, elle veut dire qu'il est sa chair, son sang, une partie de soi. Pour Ange, une distance s'est donc établie, non seulement par rapport à sa sœur, mais aussi par rapport à ses propres enfants. Grâce aux liens tissés dans le groupe de mères, elle a eu de nouvelles amies, « *des sœurs, des enfants filles et garçons* », par symbolisation.

Arrivée presque à la fin des travaux de terrain, la même mère nous dit :

Chez nous en famille, nous étions nombreuses, je suis restée avec ma sœur, elle aussi elle vit avec son mari, apparemment ils n'ont aucun problème. J'ai toujours pensé et je reste convaincue que le génocide ne tue pas seulement les gens. Il tue aussi l'humain et l'entre nous de ceux qui restent. (...) Chez moi, quand j'étais petite, je voyais l'amour entre les parents et les enfants existent. Non seulement pour les enfants d'un même père et d'une même mère, mais aussi les enfants des voisins. On aimait les gens, on s'entraidait. Ma vie d'enfance était admirable du point de vue des relations, cependant une seule chose m'a blessée et cela ne dépendait pas de mes parents. J'aimais les études, je me disais que je ferais les études jusqu'au stade le plus loin possible (avec des rires mêlé de tristesse). J'étais toujours la première de la classe, mais je n'ai pas réussi l'examen national. On m'a demandé de redoubler, j'ai dit non.

Très jeune je me suis mariée avec un homme, c'est à ce moment que j'ai commencé à souffrir. Je ne parle pas du mal du défunt, mais moi, mon mari me maltraitait. Cependant, les parents et les grands-parents étaient encore là, ils géraient tout et on les respectait. On se gardait de faire du mal pour leur honneur. Voilà, nous avons pu gérer notre vie conflictuelle jusqu'à avoir tous ces enfants. Je remercie le bon Dieu qui les a tous gardés et qui les a épargnés d'avoir la maladie de leur mère. Même si ils me haïssent pour ça, ils commencent à comprendre. Tout n'était pas mauvais, des moments paisibles, nous les avons aussi vécus.

(Un peu de silence + tristesse) Que dire encore ? C'est tout ce que vous avez aussi connu. L'histoire de ce vent, cette pluie qui ne cesse jamais, cette nuit qui n'arrive jamais à l'aube. Le génocide. Je n'ai pas de mots pour en parler. Seulement, pendant le génocide, nous avons connu le pire. Toute femme était à l'homme avant d'être mise en mort, où on pouvait même décider de les tuer comme on nous a tuées. La plupart d'entre nous ne savent même pas comment elles ont eu la maladie. (...) Après le génocide, la vie n'était plus la vie, voyez-vous, une veuve qui lutte pour sa vie, celle de ses enfants... Difficile à croire, mais, c'était ainsi. Nous devons le faire pour que les gens du dehors ne disent pas : « voici les enfants de telle,

ce sont les enfants d'une femme ! » Malheureusement, avec cette maladie, ces enfants aussi nous tournent le dos (...).

Quand j'ai su que j'étais infectée, je l'ai dit à ma sœur sur qui je comptais, et elle m'a rejetée. J'ai tourné tout le film de ma vie. À partir de mon enfance, comment mes parents me traitaient, mon mari, mes tantes et oncles, toute la famille. Ils ne sont plus là, même leurs maisons sont détruites, incendiées. Ce qui pouvait me procurer la sécurité, c'est de pouvoir retrouver les os de chacun et dormir avec. À ce moment je me sentais protégée. [...]. À plusieurs reprises, j'ai décidé de mettre fin à ma vie. Une fois je suis allée passer des jours et des nuits dans la forêt, je voulais me donner aux animaux sauvages pour qu'ils me dévorent, eux aussi ont refusé.... Je me suis mise tout près de la route, pour qu'une fois que la voiture passe, je me jette devant pour être écrasée dans ses pneus et moi aussi j'ai échoué. La première passait et je me disais que j'allais me jeter dans la suivante, ainsi de suite, le soleil se couchait.

Même la mort qui m'habite ne m'a pas emportée. Je dormais, croyant que j'allais mourir dans la nuit, et la nuit passait sachant que le soleil n'allait pas se coucher. En fait avec cette maladie, on n'a pas de garantie pour la vie... Je voyais que j'étais seule, que personne ne m'aimait, même ma sœur et mes propres enfants. Il ne me restait que mon frère qui habite toujours chez nous, mais moi je n'ai pas encore eu le courage d'aller le voir. J'ai peur d'y retourner... Depuis que je suis arrivée ici entre nous, j'ai senti une sorte de sécurité. J'ai trouvé ici entre nous, les enfants garçons et filles (en pointant le doigt sur le psychologue et d'autres étudiantes en stage), j'y ai trouvé mes sœurs, qui me sécurisent quand les tempêtes commencent à pousser de l'eau pour déborder les rives. Bien sûr que tout n'est pas fini, Mais quand même, il y a un grand pas franchi. Au moins le cœur est dans son siège (Nibura ubu umutima uri mu gitereko).

Voilà d'où vous m'avez trouvée. Quand je suis arrivée parmi les autres, je vois A, je vois B, je vois C, la séance suivante je vois les mêmes personnes, j'ai vu que les jours avancent et j'ai senti une sorte de sécurité.

Ange est mère de 5 enfants. Aucun de ses enfants n'est infecté. Elle nous a fait part de ses interminables conflits entre ses enfants et sa sœur. Dans les propos dont il vient d'être fait mention, nous remarquons que le génocide a aussi le pouvoir de morceler le sujet, en l'amputant d'une partie de soi (« *Une partie de moi n'y croit pas* ») et que la séropositivité en plus le transforme en une autre personne par le fait d'être débranché du réseau des siens. C'est la raison qui peut être à la base du processus de renoncement à toute activité, voire à la vie. Cette mère a tenté de se suicider. Une fois, elle s'est donnée aux travaux sans repos ni prise de médicament pour en mourir, une autre fois elle est allée loin de chez soi pour rester dans la forêt en attendant que les animaux la dévorent. Cela témoigne que face à l'infection au VIH/sida, toute la réalité qui entoure celui qui en est porteur et aussi son psychisme sont perturbés. Il en « *meurt progressivement* », comme les mères nous l'ont confié. Les résultats de cette recherche montrent que la mère est en négociation continuelle avec le réel de la mort. Cela constitue son quotidien qui va jusqu'à faire oublier les exigences des visites à la clinique à heure et date précises, les rejets par les proches ; la plupart des mères avec qui nous avons travaillé ont même sombré dans la dépression, comme le témoigne Ange qui a tenté de se suicider. Les autres l'ont aussi tenté par le refus des médicaments.

Nous avons voulu explorer ce qui animait cette mère dans le choix de ces formes étranges de tentatives de se suicider. Elle voulait se donner la mort, sans être jugée responsable de sa propre mort, ni sans laisser penser que sa mort était occasionnée par quelqu'un d'autre. Disons qu'elle voulait garder de bons rapports entre elle-même et autrui et ainsi partir avec une conscience tranquille, de sorte qu'on ne l'accuse pas d'être auteur de sa propre mort et qu'on n'accuse personne d'autre, en l'occurrence ses enfants, pour qu'elle demeure en eux (Quentel, 2008). Elle clarifie : « *Après ma mort, où que je serai, je vais me dire : je ne me suis pas suicidée. Je suis morte par l'excès des travaux. Personne d'autre ne m'a tuée, j'ai été dévorée par les animaux sauvages. Je voyais que c'est la mort qui m'avait été destinée par les hommes sauvages* », disait-elle.

Pour le tout dernier récit relativement long, cette mère restructure son propos plus qu'avant. On peut facilement y repérer une partie de la vie d'enfance, sa vie conjugale, son vécu pendant et après le génocide. On dirait qu'il s'agit d'une autre personne qui raconte. Avant elle parlait peu et avec beaucoup d'émotion, ce qui l'empêchait de poursuivre. Mais pour la séance pendant laquelle elle libère ce dernier récit, elle ne veut pas se taire, mais elle cède pourtant sa place aux autres. Quand elle va reprendre, elle sait bien là où elle a suspendu ses propos. Nous repérons distinctement l'effet constructeur du travail groupe.

Les propos dont il est fait mention plus haut contiennent plusieurs thèmes. Notre attention fut retenue par celui de la sécurité du cœur obtenue grâce aux liens tissés avec d'autres mères entre elles, après plusieurs épisodes de tentatives de suicide. La description que ces mères donnent sur le plan de la sécurité reflète l'idée de solidarité, qu'ont tant prêchée les sages rwandais dans ce dicton : « *Inkingi imwe ntigera inzu* : Un seul pilier ne peut pas tenir solidement la maison ». Par la voix de la transmission orale, les parents avaient souvent recours à ce genre de dicton pour apprendre à la jeune génération la notion et l'importance d'une telle solidarité. Une petite histoire fictive d'un vieillard qui a solidement entrelacé trois bâtonnets et demande à ses trois fils un à un de les casser circulait sur toutes les collines du Rwanda. Tous les fils ont échoué à les casser. Et chacun a dit à son père que ce n'est pas possible. Et le père leur a dit que c'est possible à une condition. Le voilà qui délie les bâtonnets et les casse lui-même l'un après l'autre. Et il dit à ses fils : si vous êtes unis, rien ne peut vous briser. Vous serez toujours protégés par les liens solides qui vous unissent. Cela s'inscrit aussi dans la logique de protection par une enveloppe que constitue le corps du groupe tout entier et dont les matériaux proviennent de ce que chaque membre apporte. La sécurité dudit espace est à comprendre dans le sens d'un « contenant » ou « d'une enveloppe » (au sens de Bion, 1962 ; Anzieu, 1987, 1994 ; Chapelier & Roffat, 2011), qui procure la protection, la sécurité. Une fois acquis, chaque membre se sent comme « un ayant droit » (Uwineza et Brackelaire, 2012) : droit de dire, de se taire, de pleurer, de se retenir, d'être soi au moment présent, etc.

Nous nous sommes servie des propos de la même personne à différents moments pour témoigner combien la mémoire traumatique se reconstruit petit à petit et combien cela est perceptible dans la narration. Cette mère a fait un effort pour narrer son récit dans le « JE » car, c'était ça la consigne. On remarque que de temps en temps, elle parle dans le « NOUS », ou dans l'indéfini « ON ». On peut repérer certains passages où elle se met en

scène dans le « Je ». Cela pouvait être accompagné de l'effondrement en émotions ou d'un long moment de silence. Ce qui témoigne qu'elle accède à la partie de l'histoire non encore intégrée qui fait toujours mal. D'autres extraits des propos d'autres mères comme ceux d'Ange, dont il vient d'être fait mention plus haut, vont nous servir de flambeau pour mettre en évidence le vécu des mères avec les deux destins auxquels les mères font face : le génocide et le VIH appris après coup. Les résultats qui se dégagent d'une mère à l'autre sont convergents, malgré la trajectoire particulière de chacune. L'histoire de chaque mère est scindée en trois temps : l'avant, le pendant et l'après, le point de repère étant le génocide, la guerre ou un autre événement gravé dans le psychisme de la personne pour ce qu'il représente en elle, un viol, un bon geste posé suivi de violence, etc.

Pour nous résumer, les diverses qualifications de ce dispositif traduisent les liens qui unissent l'ensemble du groupe de « l'Entre-nous » où chaque membre est un miroir de l'autre. On est là non seulement pour se regarder soi-même ou se regarder l'un l'autre, mais aussi et surtout, sinon préférentiellement, pour regarder ensemble dans la même direction de la survie. C'est là une sorte d'éclairage permettant de retrouver du matériel pour se reconstruire, pour se considérer comme une personne humaine comme les autres. Ainsi l'autre dispose aussi du pouvoir d'éclairer pour repérer ce qui se cache au plus profond de la douleur psychique. L'Entre-nous serait « cet espace social par le biais duquel les survivants de violences extrêmes cherchent à énoncer leur expériences selon leurs propres termes. » (Dauge-Roth, 2011, p. 283)

3.6. Vécu face au double destin : génocide-VIH/sida

Comme nous l'avons décrit tout au début, ce n'est que vers la fin des travaux de terrain que la mère a pu essayer de souder les fragments de sa mémoire pour reconstituer son histoire, à laquelle chacune a contribué, pour la doter d'un nouveau sens. Le chemin pour y accéder n'a pas été direct, c'était toujours en réponse à la question mentionnée plus haut : « Que dis-tu de ce dispositif après tout ce temps ? » L'expérience acquise par le fait de travailler avec les victimes des traumatismes extrêmes nous avait appris que la question directe serait « poignardante » ou considérée comme une façon de remuer le couteau dans la plaie. Signalons que le contenu de ce qui est repris sous ce thème paraît identique à ce qui est décrit sous le thème « Le génocide, nous sommes encore dedans » que nous avons décrit à la page 220. La différence, – et c'est de celle-là que nous voudrions témoigner – réside au niveau de l'ambiance dans laquelle le récit est énoncé, ainsi qu'au niveau de la cohérence dans sa structuration. Sur le plan émotionnel, le premier thème fut énoncé avec la charge émotionnelle de pleurs, de silences, de cris, d'agressivité et de tristesse qui caractérise généralement la période de commémoration pendant laquelle nous avons recueilli ces récits et cela, tout au début des actions de terrain. Tandis que pour ce présent thème, la suite des propos est émise après un travail d'accompagnement, dont nous étions d'ailleurs en train d'évaluer les incidences, et cela dans la période de normalité.

3.6.1. La deuxième mort

Toutes les mères avec qui nous avons travaillé, ont connu l'expérience du viol. Les réalités qui entourent cette expérience sont irreprésentables. Certaines ont été violées en masse, en plein génocide, d'autres en silence pendant « *le temps des ténèbres* » pour parler comme elles. Pire pour certaines, elles furent averties qu'on leur avait réservé une mort spéciale et qu'elles allaient continuer à la perpétrer. Celles-là ont été violées, après qu'on leur a annoncé qu'on leur transmettait le VIH/SIDA. Certaines l'ont appris après coup. Il nous semble que cette réalité si complexe imprime dans le psychisme de la mère une sorte de « *trou sans fond* » qu'est le génocide, sans début, ni fin selon les dires des mères. Nous retrouvons cela dans les propos ci-dessous. Ils ont été énoncés pendant le deuxième temps de terrain, temps de normalité.

Tout est lié au génocide, il ne se termine pas, pour nous, il ne se terminera jamais tant que le sida est encore en nous. Il est sa prolongation. Si ce sont les Interahamwe qui ont pris les gens par force, si ce sont les Inkotanyi pendant le temps d'insizi⁸⁰, ou bien si ce sont tous ces hommes inconnus qui se jetaient au-dessus de chaque femme pendant le temps des ténèbres, c'est le génocide ! Voilà pourquoi le génocide et le VIH son inséparables. Si le génocide n'avait pas eu lieu, tout cela n'aurait pas eu lieu.

Avant le génocide, je ne connaissais pas beaucoup de choses. Mais pendant le génocide, même aucun mal n'est resté. Pour nous, nous connaissons un autre génocide individuel propre à nous, au moment où les autres dansent insinzi. Voilà pourquoi je dis que nous sommes encore dedans, et que tout est génocide. (...) Même si le génocide n'avait pas eu lieu, il y avait des gens qui souffraient du sida n'ignorant pas cette réalité de l'existence de cette maladie. Je les ai vus, par exemple il y avait une personne [la nomme par sa profession] dans notre région qui est morte du sida, elle était fréquentée par beaucoup d'hommes. Mais à ce temps-là, c'était pour ceux qui se comportent mal. Mais, pour nous, qu'est-ce que c'est que ce sida ? C'est un génocide qui tue chacune d'entre nous individuellement. (Avec tristesse) Ce qui me tourmente plus, c'est que nous sommes placées dans le même panier que tous ces gens-là qui se sont mêlés dans le luxe mondain, comme si nous sommes des auteurs de ce génocide qui nous tue progressivement. (...) Pendant le génocide, qui a gardé ce qu'il avait d'humain ? Et pendant ce temps des ténèbres, personne n'était plus comme avant, les gens couchaient avec n'importe qui. C'est vraiment le génocide qui continue... (Avec tristesse) admettons peut-être sous une autre forme. Il n'a fait que répandre la mort à sa forme perpétuelle et cela lentement.

Quand j'ai su que j'ai le VIH, je ne l'ai pas cru, je suis devenue presque folle, c'est comme si j'avais perdu la tête. Depuis lors, je me suis retirée des autres, je me demandais ce que je dirais à mes enfants... la fille m'a demandé un jour : le sida est fréquent chez les gens qui ont des rapports non protégés, et je me demandais ce qu'elle veut me dire en réalité. Ce sida, ...le nôtre est aussi le sida ? Vu comment nous l'avons eu, vu que personne ne songe à notre particularité pour nous accorder la valeur, ... moi je me voyais toujours dans les ténèbres, ce

⁸⁰ *Insizi* : Signifie littéralement victoire. Une chanson intitulée « *Insinzi* » se faisait entendre dans tout le pays comme signe de joie, pour annoncer la fin du génocide et était dédiée à l'armée qui venait d'arrêter le génocide. Dans cette époque, une fille ou femme qui se mettait en relation amoureuse avec un militaire, on disait qu'elle offre « *insinzi* », signe de remerciement à la personne qui a fait que la paix règne. C'était la joie dans tout le pays.

n'est que petit à petit, par les paroles des autres mères, que j'ai pu retrouver la lumière.
(Marie France)

Même mère pendant le troisième temps de terrain :

Avant, c'était comme si je vivais dans les ténèbres, je ne voyais pas clair, je croyais que c'était bien moi seule qui existais dans la souffrance énorme. Mais actuellement, cet espace a été pour moi un miroir, je me regarde et je regarde les autres. C'est une lampe torche. Je n'ai plus peur. Même si j'ai la douleur, je la partage avec les autres et j'ai la joie en moi... En fait je ne sais pas comment le dire, on se sent simplement joyeux, le cœur est léger et éclairé.

Une autre mère nommée Donatienne encourage les autres à la persévérance, à « *endurcir le cœur* » comme elle le disait. Elle ne se plaint jamais de rien, pourtant sa tristesse ne quitte jamais son visage. La précarité sociale chez elle est connue par les autres mères. Tout au début, elle ne parlait pas. Nous ne connaissions pas beaucoup de choses d'elle, sauf le masque de tristesse qu'elle ne pouvait pas camoufler. À chaque fois qu'on lui adressait la parole, elle disait que les problèmes sont là, nombreux, « *mais, ce n'est pas à moi seule, il faut patienter et endurcir le cœur pour toute épreuve, si on a la chance de voir le jour suivant, Dieu merci, sinon il faut être prête à tout recevoir, car tout est possible.* » Nous avons décelé l'humeur dépressive chez cette mère, mais son courage de faire partie du groupe était remarquable. Après avoir confié aux autres son histoire douloureuse elle nous dit :

Dieu m'a gardée, dans tout ce temps ténèbres. Pour moi, cette maladie (le sida) est ce qu'il est, le génocide est ce qu'il est... Et le sida, et le génocide, ce sont les mêmes. Ils forment un tout, un grand nuage qui nous empêche de voir. Ce n'est pas nous seulement qui ne voient pas, même ceux qui nous entourent, nos frères, nos amis, sont tous dans la nuit non éclairée. (...) Personne ne me donne la valeur, tout ce temps que vous me croyiez muette, j'essayais de voir ces choses : Tout le quartier me met à l'écart et c'est à cause de mon frère, il m'a dit : (nous préférons garder l'originalité de ces propos et nous écrivons la suite en sa langue, un essai de traduction est en note infrapaginale) Kuza iwawe ni nko ukujya ikuzimu. Imyaku yawe sinayikira, ibyo byatumye abantu bamvaho, abisengeneza bange baza iwange, bataha bagakubitwa, namwe mwumve icyo jenocide yatuzaniye. Amahirwe ngira abana barankunda bariyizira. Ibyo byoseeeee, n'ibindi ntavuze, ndabireba bikansiga. Infufu zimbana nke, ubukene bukambana bwinshi, nkihangana nkikomeze umutima, nkagerageza gukora ngo ndebe ko natera imbere ho intambwe, ariko nafata simfate, mbese ndiho ntariho. Cyakora ubu, itsinda ryantije amaboko⁸¹ Avant je me sentais comme si j'étais morcelée, il y avait plusieurs couches de graisse (ibinure) sur mon cœur, les séances passées ont contribué pour un peu dégraisser. Je dirais que depuis que je suis membre de ce groupe, mes fardeaux ne sont plus lourdement pesants comme avant. Le monde devient petit à petit moins noir. Je reste avec l'espoir qu'il sera plus clair.

⁸¹ « Venir chez toi, c'est comme aller en enfer/dans la tombe. Je ne peux résister à tes mauvais sorts. Cela a fait que les autres s'écartent de moi, mes neveux/nièces étaient battus chaque fois qu'ils venaient de chez moi. Heureusement qu'ils ne sont pas du même avis que leur père, ils n'arrêtent jamais de venir me voir. Tout ça, et bien d'autres choses que je ne peux pas énumérer, j'essaie de me les représenter, et ça me dépasse de loin. L'énergie me manque, la pauvreté s'accroît, j'essaie de résister, de patienter, j'endurcis le cœur, j'essaie de travailler pour faire passer un pas en avant, mais, ça ne tient pas. En fait, c'est une vie sans vie. »

De ces propos de Donathienne, on ne ferait qu'y déposer ce proverbe rwandais, « *imfura ishinjagira ishira*⁸² », « qui résume ce que Bigirumwami (2004), Kagame (1956) et Galabert (2012) évoquaient dans l'*Ubupfura*. Mais elle nous enseigne aussi l'importance du travail interne préalable, avant d'envisager de confier son récit à un autre destinataire. Mais en même temps, nous apprenons d'elle comme d'autres mères, le préalable de l'espace en retrait qui le permet, et l'existence du « destinataire légitime » (Vahram & Altounian, 2009, p. 152), prêt à accorder le temps qu'il faut. C'est par ces propos que nous nous rendons compte que les liens tissés entre nous servent de miroir. Ce miroir présente un double avantage. Il permet de se voir et de voir les autres. Il apporte une lumière qui reflète ses rayons aux alentours et le sujet remarque bien qu'il est entouré, qu'il n'est plus seul, qu'il n'a plus de raison de se placer dans l'« isoloir » et de craindre quoi que ce soit. Du travail de co-création entre facilitateurs et membres du groupe, peut se déduire le rôle métaphorique d'une *lampe torche* qui éclaire les coins sombres de la maison, qui fait que le propriétaire parvient à repérer clairement ce qui est usuel et ce qui n'est plus d'usage parmi les matériaux de la maison.

Autour de cette métaphore de la lampe torche, les mères construisent un sens qui explique le processus de reconstruction dans le groupe. Pour elles, l'espace « mère » est comme une lampe torche qui permet à chaque mère de repérer où se cache sa peur du mal : ce mal lancinant, rendant le cœur humain dur et sombre, la crainte d'être avec les autres, l'agressivité irraisonnée et le sentiment d'être désarmée face aux difficultés des siens et des autres. Dans l'Entre-nous, on se découvre et on retrouve sa place parmi la communauté restreinte humaine et on y puise la force d'affronter d'autres communautés plus élargies d'êtres humains. Cela signifie qu'avec les gens ayant les mêmes problèmes, il est possible de s'engager sur le chemin de la reconstruction de soi : on retrouve ses frères, ses sœurs, les autres comme soi. Pour la plupart des mères, le groupe a été un lieu d'éclairage, de tissage de liens solides. Cependant, pour les autres, même si le pas d'amélioration est remarquable, il y a encore un travail à faire pour faire sortir le sujet du « noir ». Comment le noir pouvait-il ne pas s'installer, une fois que le génocide d'un groupe de gens devient aussi le génocide individuel ? Comme les mères nous l'expriment, il nous semble que la transmission du VIH pendant le génocide a apporté une nouvelle re-signification. Outre la réalité qui se résume dans la deuxième mort que nous venons de voir, il y en a une autre qui se résume dans le thème du génocide individuel que nous allons directement aborder.

3.6.2. « *Le génocide individuel* » : la transmission de l'identité meurtrière

Toutes les opinions des mères convergent autour du sens de leur vécu par rapport au génocide et au VIH. Ce sont deux éléments inséparables. On ne peut pas parler de l'un sans évoquer l'autre. Le VIH étant la prolongation du génocide, il est à nos yeux considéré non

⁸² « Ni jérémiades, ni gémissements, dans tout noble esprit ».

comme une maladie, mais comme une autre « forme de tuer ». C'est en quelque sorte une chaîne d'anneaux épineux qui anéantissent le survivant qui en arrive à avoir le sentiment d'une « vie sans vie », se sentant sur le chemin de la déshumanisation par la systématisation du génocide. Cet état maintient la mère survivante dans une position de victime, qui réalise, non pas qu'elle a survécu, mais qu'après le génocide collectif, elle est soumise à une autre forme de génocide individuel qui prolonge le premier. Quand elle en parle, elle relate toute la traversée : être ciblée, diabolisée par des insultes, localisée comme personne qui mérite la pire mort, prendre connaissance de la façon dont les meurtriers ont décidé de lui inoculer la mort, c'est-à-dire la violer, puis de l'infecter par le VIH, façon particulière de tuer la mère, matrice de la nation. À travers la transmission intentionnelle du VIH, il s'agissait de détruire la féminité et la maternité en conférant aux femmes une autre identité. C'était comme pour dire (nous reprenons les propos d'une des mères, qui nous explique comment elle vit un génocide individuel) « *Toi tu n'es plus femme, tu ne seras plus mère. Tu seras une meurtrière jusqu'à la fin de ta vie.* » Ainsi la mère survivante continue à subir « ce génocide individuel » (Bessoles, 2008 ; Derveaux & Versaille, 2014)⁸³ qui ne peut jamais être reconnu ni avoué sauf à l'Entre-nous. Le VIH, comme arme du génocide, devient ainsi confondu avec le génocide lui-même. Voilà comment les mères ont tenté de donner sens à « *l'insensé : ibyo ntazi* », comme le disaient les mères, pour vivre avec. « *Sida, VIH, pour moi, ni ibyo ntazi. C'est un gros fardeau tout simplement que l'on porte en faisant semblant de vivre* », disait Tina. Les propos de Concilia en témoignent clairement :

Regarde comme nous sommes, en vie sans vie : faire semblant d'exister sous le regard du voisin moqueur, cacher sa souffrance au moment où les autres la manifestent, se cacher comme si c'était toi le tueur, le génocide que nous avons subi n'est pas comme celui des autres, le nôtre ne finit pas, c'est un génocide individuel que chacune des mères garde pour soi, je dirais que nous, nous avons connu la deuxième mort, qui nous impose la vie sans vie...

À travers les propos de toutes les mères avec qui nous avons travaillé, nous avons constaté que la réalité du VIH transmis dans le contexte du génocide fait que le génocide est représenté comme un fait sans fin, comme nous l'avons explicité plus haut. La vie d'après pour ces mères est considérée comme une vie sans vie. Les représentations sociales négatives y contribuent énormément. Cela nous pousse à mettre en évidence certaines d'entre elles, que les mères ont exprimée à différents moments, avant de passer à la deuxième question stratégique qui a guidé nos échanges avec les mères.

3.6.3. Les stéréotypes négatifs, un des défis de la reconstruction

À chaque fois que nous envisageons de rédiger quelque chose qui sorte de nos analyses du matériau de terrain, la finalité de cette recherche-action nous revient à l'esprit : la construction d'un dispositif thérapeutique incluant l'élément culturel qui pourra faciliter la

⁸³ Rwanda, la vie après – Parole de mères. Film de Benoît Derveaux et André Versaille. Projeté à Louvain-la-Neuve, lors des cérémonies commémoratives du 21 anniversaire du génocide perpétré contre les Tutsis du Rwanda le 9/05/2014

création, par la population rwandaise, de son propre accompagnement psychosocial. Nous avons donc constaté que les représentations sociales autour du VIH/sida contribuent à barrer le chemin de la reconstruction psychique des personnes qui vivent avec cette contamination. Nous avons constaté que les représentations que l'on se fait de cette maladie, celles que la communauté renvoie, enfoncent la personne dans un état de désespoir, pire encore, un désespoir qu'elle garde pour soi de crainte qu'elle ne soit l'objet de discrimination. Ces représentations sont liées à l'origine de la maladie, à son impact sur la vie et la façon de la traiter. Ci-dessous est présentée une synthèse de ces représentations recueillies dans les différentes séances.

« L'infection au VIH/sida est une punition divine »

Au Rwanda, comme ailleurs, la nature n'est pas neutre : il y a des êtres dynamiques, invisibles, dotés d'une puissance pouvant apporter le bonheur chez un individu qui établit de bonnes relations avec eux, et le malheur pour ceux qui font le contraire. Pour les croyants, la responsabilité est attribuée aux pécheurs qui reçoivent une punition divine. Parmi ces malheurs, on peut citer entre autres la mort d'un membre de la famille, la survenue des grandes épidémies ou pandémies mortelles. Bien que les services de santé insistent sur la seule cause médicale de l'infection au VIH/sida, certaines personnes que nous avons rencontrées, sans ignorer cette vertu, continuent de penser qu'il s'agit d'une punition grave infligée par Dieu.

Cette maladie n'est pas pour nous une maladie comme tant d'autres. Quand je suis venue au sein de l'AVEGA pour me faire tester... je ne pensais vraiment pas qu'après un génocide, il est possible de se voir infectée de ce mal. J'ai dit : non, non, non... quand même c'est ça la pire des malédictions, une punition de Dieu, seulement, j'ai fait une introspection, j'ai erré dans les pensées, je me suis posé tant de questions sur Dieu. Et si ce sont mes parents qui ont été pécheurs, il les a emportés, et si c'était moi, pourquoi ne pas me laisser mourir au lieu de me tuer de la sorte.

Dieu nous a sévèrement punis, mais je ne sais pas pourquoi ce que nous avons fait de mal plus que les autres. Nous sommes punis c'est tout !

Dans ces propos, on ne peut voir que le désespoir qui souligne la position victimaire qu'imposent les crimes intentionnels. Pour ces mères, c'est la traversée génocidaire à laquelle s'ajoute l'infection au VIH/sida, qui apparaît comme un fait odieux, tellement les mots manquent pour y trouver un sens (Audet & Katz, 2006). Nous avons l'impression que c'est ce genre de dépassement qui crée une impossibilité de trouver le coupable. C'est comme si les mères disaient que ce qui leur est arrivé dépasse la possibilité de ce que l'homme peut mettre en place. Ainsi, elles inscrivent leur malheur dans l'ordre du surnaturel. Ce n'est que comme cela que l'on peut se représenter l'irreprésentable. Pour certaines mères, c'est cette force surnaturelle qui a le pouvoir de guérir. Les propos de cette mère accentuent l'impuissance de l'homme et indiquent qu'il s'agit d'une punition sous la forme d'une malédiction.

Comprenez-vous ce que c'est ce fardeau que nous transportons. Moi je n'y comprends rien. Il m'arrive de penser que nous sommes maudites. Qu'est-ce que les blancs n'ont pas encore fait ? Ils ont pu tout, sauf trouver le remède pour le sida ? Voilà pourquoi je pense que Dieu nous a sévèrement punies: puisque les enfants sont innocents, regarde, au moins il leur a accordé cette chance de naître d'une mère séropositive sans qu'ils soient infectés.

Les propos de cette mère nous renvoient à une autre catégorie de stéréotypes négatifs liés à l'impact du VIH/sida sur la vie.

« Le problème », « le mal », « la saleté »

Les retentissements du VIH/sida sur la vie psychique sont exprimés selon la façon dont la personne se représente la maladie dans son corps. Et c'est cette activité du virus, le corps étranger dans le corps de l'humain, qui n'épargne pas non plus la vie psychique de la personne infectée qui est à chaque instant préoccupée par l'identification et la construction du sens de ce qui se passe en elle. Ces noms que l'on donne au VIH/sida ont été évoqués par les mères pour caractériser ce qu'elles ressentent dans le corps, comment elles se le représentent et comment elles vivent cela dans leur rapport avec les autres.

- *Ikibazo* (« problème »): Le mot *ikibazo* est exprimé pour amortir le choc de prononcer le mot sida que d'ailleurs les instances qui s'en préoccupent préfèrent écrire toujours en minuscules (ONUSIDA). « *Kuva aho menyeye ko mbana n'iki kibazo singitora agatotsi* » c'est-à-dire « depuis que j'ai su que je vis avec ce problème, je ne dors plus ».

Un autre sens qui lui est conféré est lié à l'impact du VIH/sida, non seulement sur la vie de la personne infectée, mais aussi sur celle de ses proches qui craignent d'avoir à prendre des responsabilités lors des soins et craignent la contamination.

Ma sœur à qui j'ai dit ça pour la première fois que j'ai ce problème, m'a directement haï et me disant, je ne veux pas plus de problèmes, j'en ai aussi en moi, et si j'y ajoute ce problème de sida, je n'en sortirai pas avec le risque que tu contamines mes enfants.

- *Icyago* (le « mal » ou le « fléau »): « *Kuva iki cyago cyakwinjira mu rugo rwacu, nta mahoro ahari* » c'est-à-dire, « depuis que ce mal est entré dans notre foyer, il n'y a plus de paix ». Ce nom est attribué pour désigner l'impact destructeur du VIH/sida, principalement par le fait d'anéantir le corps de la personne, mais aussi par le fait de perturber les liens aussi bien en famille que dans la communauté.

- *Indwara* (« maladie »): C'est aussi un nom donné pour s'épargner du choc du sida. « *Iyi ndwara, yaje ari gatumwa. Umwana wange nawe bamusanganye ya ndwara* », « Cette maladie est venue pour n'épargner personne. Même mon enfant a la même maladie ». Quand les mères parlent de la maladie, on dirait qu'il s'agit d'un nom propre.

- *Ubwandu* (« saleté » pour dire infection) ou *Agakoko* (« petit insecte invisible » pour désigner le virus du sida). C'est deux noms sont utilisés principalement dans le langage des soignants comme un essai de traduction du VIH/sida. Quelquefois les personnes entre elles les prononcent pour évoquer l'activité du virus dans leurs corps.

Dans « saleté » (*ubwandu*), on décèle le caractère de ce qui est impur, par conséquent de ce qui doit être mis en écart. Pire encore, cette impureté s'inscrit dans le dedans, dans la chair de l'être, par le fait que c'est quelque chose qui est dans le sang. Et pour le « petit insecte » (*agakoko*), les mères le caractérisent comme un corps étranger qui ronge activement la chair en passant par le sang, pour raccourcir la vie de la personne vivant avec lui. C'est ce qu'expriment les mères par la voix d'Ange :

Quand on annonce que tu as « la saleté » (ubwandu), on te le dit clairement : « warunduye » (tu as été salie). Il y a même les soignants qui vont plus loin et qui demandent comme nos enfants le font : d'où est-ce que tu as pris ça ? (Wanduriye he ?) « Comment est-ce que tu as été contaminée ? » (Wanduye ute ?). Après la tête tourne. On réalise immédiatement que l'on est sale et que l'on a pris ça dans la prostitution. Or, pour nous, notre sida n'est pas comme celui des autres. Malheureusement, on nous place dans le même panier que celles qui se sont données au monde. Moi, c'est tout ça que je voulais éviter. Une fois que ma sœur qui devait me comprendre ne m'a pas compris, je devrais me livrer aux animaux de la forêt du nord, loin de chez moi, pour que personne ne me voie plus.

Ces appellations ne sont pas le propre des personnes qui ont participé à notre recherche. Ce sont des termes connus, utilisés, qui tendent à s'imposer pour désigner les personnes vivant avec le VIH/sida. D'autres en découlent, utilisés par le reste de la communauté pour accentuer la stigmatisation à laquelle diverses représentations sont associées : la personne ne va pas vivre longtemps ; c'est une personne qui sera un fardeau pour la famille, consommatrice plutôt que productrice, etc. On appelle la personne qui vit avec le VIH/sida de ces deux appellations, *Nkogwa*, *imungu* (difficile à traduire en français, mais qui évoque cet insecte qui parasite progressivement la chair des plantes) et *Umusumali* (« clou ») : pour évoquer un clou que l'on a piétiné, cause d'une plaie qui ne se cicatrise jamais. Avant le génocide, disent les mères, le sida n'était pas connu au village. On disait de la personne qui l'avait qu'elle avait été empoisonnée ou qu'elle avait de la lèpre.

« L'infection au VIH/sida est lié à la prostitution »

Une des mères nous donne les raisons qui font qu'elle ne souhaite pas nommer la maladie. Pour elle, si quelqu'un *du dehors* en parle, c'est une façon de stigmatiser ou de dénigrer les personnes vivant avec le VIH/sida. Pour les personnes concernées :

Ce n'est pas à prononcer. Chanter la mort, chanter la mort. « ukize inkuba ni we uyiganira, iyo igihinda agira ati : subya subya ! ». On ne parle que du coup de tonnerre quand il est déjà passé. Aux éclairs, signe du coup de tonnerre qui va directement suivre, déjà le Rwandais dit : Subya, Subya, pour conjurer ce mal en lui disant « Réduis ton ardeur, réduis donc ta fougue » : Subya subya ! »

Nous comprenons ainsi le dicton auquel cette mère fait allusion : elle voulait exprimer que l'on ne parle du mal qu'après son passage. Si le mal est encore là, on ne fait que se mettre à l'abri de son ardeur. Comme le VIH/sida et le génocide sont des faits déjà inscrits dans leur psychisme et qui font partie du passé, mais qui restent un présent douloureux, les mères en donnent une appellation qui réduit le choc, comme la « maladie », le « problème ». Les anciennes croyances de base contribuent à lier l'infection au VIH/sida à la

sexualité et tendent à considérer les personnes vivant avec le VIH/sida comme responsables de leur propre infection. Même pour celles dont l'infection a été intentionnelle, comme celles avec qui nous avons travaillé la communauté est loin de voir leur souffrance sous un autre angle que celui de la sexualité, sujet tabou, mal perçu par l'opinion publique. Cela nous évoque une situation clinique que nous avons accompagnée, qui nous a fait part qu'un jour elle sentait que les actes de viols pesaient lourdement sur elle : la première personne à qui elle s'était sentie libre de faire part de cela est son mari, qui avait accepté de vivre avec elle malgré l'infection au VIH/sida. Mais quand elle a avoué qu'elle a eu cette infection par le viol, son mari lui a dit : « *Tu aurais dû permettre que tu meurs plutôt que te donner à tes meurtriers* ». Les personnes avec qui nous avons travaillé nous confirment que, sauf à Entre-nous, elles n'osent formuler aucun récit là-dessus, de crainte qu'elles soient stigmatisées et/ou que d'autres liens soient brisés. Et ce secret est très destructeur.

Ces représentations sociales autour du VIH/sida, autour de la sexualité et de l'image que doit avoir la mère dans sa communauté, font qu'elle se retrouve démunie par rapport à tout ce qui peut lui servir de pilier, sauf si elle arrive à se remobiliser par un travail de symbolisation créatrice, et/ou par d'autres ressources qui se mettent en place en elle, tout au long du processus de son propre changement, connu sous nom d'*Ukwiyakira*.

3.7. *Ukwiyakira*

Ukwiyakira vient du verbe *Kwiyakira* qui signifie s'accepter soi-même ou intégrer son vécu. Cela suppose une action continue, un processus de reconstruction, de cicatrisation et/ou de réparation de ce qui a été détruit. Ainsi, pour nommer ce processus on ajoute le préfixe *U+**Kwiyakira*. Il s'agit donc d'un voyage que l'on peut comparer au travail du deuil. Toutes les personnes infectées par le VIH/sida reçoivent un soutien continu dans la clinique située dans leur zone de rayonnement (MINISANTE, 2009). Parmi l'ensemble des soins qu'elles reçoivent, il y a le soutien continu par des conseils qui ont lieu généralement à certains moments : avant de se faire tester, après s'être fait tester lorsque le résultat est communiqué, au début de l'initiation du traitement antirétroviral, lequel va exiger un nouveau rythme de vie de la personne initiée. On s'assure au préalable qu'il y aura quelqu'un, connu comme parrain ou marraine, qui va accompagner le patient, surtout dans les débuts de l'initiation au traitement.

Il y a même des visites à domicile qui se font, pour les cas qui manquent les rendez-vous des médicaments. Jackson (2004, pp. 258-259) propose les objectifs que l'on devrait de se fixer pour accompagner la personne dans ce processus ;

- Chercher à connaître le niveau de compréhension dont la personne dispose sur le VIH/sida, ce qu'elle pense à ce sujet, ses attitudes et ses idées fausses ;
- Rectifier les informations fausses et vérifier que la personne dispose d'une meilleure compréhension ;
- Identifier les facteurs de risque sur le VIH en se renseignant en détail sur les antécédents personnels ;

- Aider la personne à comprendre les aspects de ses comportements qui doivent changer afin de se protéger non seulement elle-même, mais aussi les autres, et la motiver à réaliser ces changements, notamment quant au comportement sexuel et aux pratiques saines, à court et à long terme ;
- Aider la personne à s'adapter émotionnellement au VIH ou au sida, ainsi que les autres membres de la famille, en particulier les partenaires sexuels, à faire face à l'information et à soutenir la personne infectée, tout en considérant son propre risque ;
- Aider la personne à résoudre les problèmes pratiques et matériels qui peuvent survenir, en lui donnant les informations liées aux sources d'aide et mobiliser ces ressources si nécessaire ;
- Aider la personne à réfléchir à son futur et à faire des projets pour elle-même.

Au vu de ces objectifs, on imagine qu'ils sont complets pour que la personne vivant avec le VIH/sida accède à cette étape d'*Ukwiyakira*, ou intègre sa maladie ; on pensera à cette formule à laquelle on a souvent recours pour montrer le raccourci pour accéder à cette intégration, *HIV=Hope Is Vital*, et pour souligner qu'il est indispensable de garder l'espoir. Cependant chaque objectif en soi comprend pour nous des actions qui méritent d'être l'objet d'un travail processuel avant d'accéder à l'intégration de son état. On peut penser à un voyage psychique que l'on entreprend pour liquider tout deuil. Reprenons les étapes successives, selon la conception des mères avec qui nous avons travaillé :

Reprenons ces étapes selon la conception des mères avec qui nous avons travaillé :

Choc	<i>Il est caractérisé par des réactions physiques et émotionnelles intenses après un coup traumatique. La personne se voit dans l'incapacité de penser et d'agir clairement.</i> <i>Dans le contexte du VIH/sida, le choc survient normalement après l'annonce. La plupart des mères nous expriment qu'elles ne s'attendaient pas à ce coup, de se retrouver avec le VIH/sida à la sortie du génocide. Presque toutes les mères ont été testées après la sensibilisation de l'AVEGA qui les a appelées. Les mères témoignent que, pour elles, le choc de l'annonce a été géré sur place par les professionnelles de la santé au sein de l'association AVEGA. En plus les mères, qui ont vite partagé leur vécu, se sont soutenues mutuellement. Certaines témoignent que le choc fut comme une nouvelle dévastatrice qui imposait une sorte d'insécurité :</i> <i>« Je me suis sentie comme s'il y avait quelque chose qui me traversait tout le corps, en m'agitant, on dirait le vent dévastateur qui passe de la tête, au dos, au ventre de façon que je ne puisse plus me tenir debout. Je me suis allongée par terre pour me ressaisir avant de sortir du bureau de l'infirmier qui m'a donné la réponse ».</i> <i>« Quand on m'a annoncé ça, mes pensées n'ont pas quitté la vallée de sang où on nous tuait : la première mort ne m'a pas emportée, c'est bien celle-là qui va m'emporter, comme on me le disait en me le répétant : va-</i>
-------------	---

	<i>t'en !, va-t'en !, que personne ne me demande pas ton sang. Tu mourras après de toi-même, après avoir assassiné tous les membres de ta famille (benewanyu). »</i> <i>« Quand j'ai su que j'étais infectée, je l'ai dit à ma sœur sur qui je comptais, et elle m'a rejetée. J'ai tourné tout le film de ma vie. À partir de mon enfance, comment mes parents me traitaient, mon mari, mes tantes et oncles, toute la famille. Ils ne sont plus là, même leurs maisons sont détruites, incendiées. Ce qui pouvait me procurer la sécurité, c'est de pouvoir retrouver les os de chacun et dormir avec. À ce moment je me sentirais protégée. [...] ».</i>
Négation ou Dén	Liée étroitement au choc, la personne est incapable de se représenter l'information reçue comme réelle. Cela peut contribuer à ce que la personne ne se fasse pas soigner. Pour les cas qui ont fait l'objet de la recherche, la plupart témoignent que cette étape n'a été qu'une sorte de pensée qui les traverse comme pour se consoler, mais elles étaient loin de nier la réalité de leur traversée alors que pour certaines le violeur les informait déjà que c'était le genre de mort qui leur était réservée : « toi tu mourras du sida ». Si elles ne pouvaient pas nier l'infection, elles pouvaient refuser qu'il n'y ait pas de médicament curatif. <i>« Il n'était pas nécessaire de nous communiquer les résultats, moi je m'y attendais. Qui ignore ce que ces hyènes et ces chiens nous ont fait ? Ne pas l'avoir serait plutôt un miracle. Mais, on se dit que peut-être ce n'est pas vrai, peut-être que le miséricordieux fera un exemple, il ne pouvait pas quand même nous faire souffrir de la sorte ; mais ce n'étaient que des illusions qu'on se faisait en sachant la réalité. Quand les pensées réelles te dominent, tu bouges un peu et te dis : même si je l'ai eu, il y aura bientôt les médicaments. Comme ça on respire ».</i>
Colère	<i>Chez les mères, la colère n'est pas isolée de la tristesse et du chagrin profond. Nous avons eu l'impression que l'impossibilité de localiser l'auteur de leur malheur engendre un dépassement. Nous remarquons un mélange de colère et de tristesse, d'agressivité orientée vers les personnes et/ou objets qui n'ont rien à voir avec leur sort. Ce genre de sentiment est remarquable à travers la sensibilité à ce qui se passe autour d'elles. Comme le crime est fait en masse, quelques fois l'auteur étant indéfini, l'agressivité n'est orientée que vers des personnes indéfinies, comme l'Etat, ou simplement Dieu ou une partie de leur corps.</i> Envers l'État : <i>« Est-ce que tu penses que l'on pense en nous ? Qui se soucie de nous ?</i>

	<i>Si on ne nous appelle pas pour Gacaca, ... témoigner ce que notre propre mort, moi ça m'étonne. (...) Ils nous ont donné les maisons soi-disant parce que nous n'avons plus nos propres maisons, maintenant il faut payer pour les déchets... Nous n'avons plus de chez nous, nous n'avons plus notre propre corps, ils nous passent entre les doigts, et ensuite, les maisons qu'ils nous ont données ... on dit que c'est une location avec l'État. C'est un pire déracinement ! »</i> Envers Dieu : <i>« S'il existe, s'il n'existe pas... quelquefois je me dis qu'il n'existe pas. S'il existe, s'il est bon comme on nous l'a dit, peut-on subir le sort du génocide, mourir progressivement de cette maladie ? Dieu protège le malfaiteur au détriment de l'innocent, mais bon... Je crois en lui, c'est bien lui qui a épargné mes enfants ».</i> Envers son propre corps : <i>Les parties du corps visées sont entre autres la tête, le ventre, le cœur, le dos, quelques fois l'intégrité. Elles sont visées pour exprimer qu'elles en ont assez avec la maladie. Elles sont aussi évoquées pour exprimer la peur.</i> <i>« La tête pèse lourdement. Si je vous pouvais me séparer avec elle... »</i> <i>« Le vent me traverse de la tête et au ventre... Je suis fatiguée de ça et surtout de la tête, de mon dos ! Dans ma tête, on dirait il y a une sorte de machine qui tourne, qui tourne, qui tourne,... c'est comme le vrombissement d'un petit moteur ayant des épines piquantes qui tourne sans arrêt. Je le tiens comme ça,... (tête baissée, tenue entre les deux mains). Il m'arrive d'être en colère contre moi-même, et je dis : 'cette tête, si on pouvait me l'enlever et rester tranquille si non, si je pouvais mourir définitivement plutôt que mourir debout'(...) »</i> <i>« Mon cœur n'est plus dans ses assises, il suffit simplement que même une feuille d'arbre tombe sans s'y attendre. Mon cœur sursaute comme si je vais le vomir... »</i>
Négociation	Ces cinq étapes (négociation, culpabilité, dépression, acceptation, adaptation), constituent le quotidien du survivant vivant avec le VIH/sida. Nous avons eu l'impression que c'est là le processus de sa survivance. Pour ce qui est de la <i>négociation</i>, la personne entreprend un travail psychique visant à faire appel au contraire de ce qu'elle vit. Par exemple, la personne peut penser qu'il y a un autre médicament que celui fourni par la médecine moderne qui peut supprimer le virus. Elle n'est pas anéantie par l'état dépressif qui est si fréquent, elle peut avoir recours à la vie en

Culpabilité	essayant n'importe quel médicament, surtout traditionnel. Certaines mères nous ont témoigné qu'elles avaient pris des médicaments traditionnels. <i>« Quand on est comme ça, on est entre la vie et la mort. On rencontre une personne, elle te raconte des choses et toi-même tu te dis : cette maladie n'a ni vaccin ni traitement, si on te dit que telle chose peut guérir, pourquoi ne pas le faire ? Si tu ne guéris pas, pas de problème, mais si ça guérit et que tu n'as pas essayé, tu peux te condamner. Moi, j'ai bu le médicament que X donnait ; il y a beaucoup de personnes qui vont chez lui, même les riches, mêmes les intellectuelles, même ici parmi nous (rire), c'est qu'on n'en parle pas. Mais on cherchait la vie, vous le savez que Uhiriye mu nzu ntaho adapfunda imitwe (quand la maison brûle, on cherche la voie de sortie partout) ».</i> Des propos de cette mère, qui se bat pour retrouver la vie à sa façon – elle n'est pas la seule –, on apprend que la juxtaposition des croyances induit aussi une juxtaposition des traitements pour un corps qui abrite les deuils, les traumatismes et autres souffrances polymorphes superposées. Cela nous fait penser à une autre personne, qui prenait les antirétroviraux depuis un certain temps et qui nous a dit, en tirant de son sac à main une bouteille remplie de jus de betterave : <i>«Quelquefois je vais voir un guérisseur qui m'a prescrit ce médicament, aussi non curatif, mais quand même qui augmente le sang dans le corps. Je dois le prendre malgré tout. Même pour les médicaments des hôpitaux modernes, ceux qui les distribuent aussi ne sont pas sûrs de leurs effets. Ils tâtonnent. »</i> *** Pour ce qui est de la culpabilité, il est avant tout le propre du survivant. Quand s'ajoute l'infection au VIH/sida, les mères se culpabilisent, comme si elles avaient transgressé un grand interdit. Cette culpabilité est très remarquable chez les mères qui ont mis par la suite au monde des enfants infectés. <i>« Je remercie le Bon Dieu que la maladie n'ait pas bouleversé notre vie de couple. Moi je me suis mariée après génocide. Les miracles de Dieu ont fait que certains enfants sont malades, d'autres non. Le mari me comprend, je dirais même que c'est la raison qui me donne le courage et la force, mais moi je ne pardonne jamais pour nos trois enfants qui sont nés avec ce problème »</i> <i>« Moi il m'arrive de revoir la scène et je me dis : pourquoi n'ai-je pas dit non ? En fait il fallait absolument mourir, il n'y a pas le coût de la vie, mourir c'est mourir, le pire c'est mourir vivant et mourir sous le mépris de l'autre comme celui que l'on nous a imposé... ».</i> ***
---------------------------	--

Dépression	L'état de <i>dépression</i> ne manque pas chez le survivant infecté par le VIH/sida (Cohen et al., 2009). La tristesse, le repli sur soi, le sentiment d'impuissance, avec des idées noires, des pertes d'espoir, quelquefois le sentiment qu'on est une morte vivante, quelqu'un qui mène <i>une vie sans vie</i>, qui n'est qu'un fardeau pour la société, ont été exprimés chez les mères. Il est difficile d'isoler la dépression qu'engendre l'infection par le VIH/sida des autres aspects psychologiques et/ou affections qui constituent le quotidien du survivant vulnérable. Nous avons eu l'impression que les mères restent dans un état de fragilité psychique au point que chaque chose qui ne marche pas engendre des sentiments de tristesse intense, par exemple dans la structure organisationnelle dans leur environnement, les services rendus dans différentes institutions où elles se dirigent pour telle ou telle autre assistance, l'attitude des soignants à leur égard, et tout cela s'ajoute au traumatisme subi pendant le génocide. Une des mères avait complètement abandonné son traitement qu'elle avait mis sous son oreiller sans le jeter ni le prendre. Qu'attendait-elle? C'était après sa dernière visite à la clinique pour les résultats de l'examen du thorax. Le médecin diagnostique une tuberculose pulmonaire : cette annonce a produit un choc sidérant. Tandis qu'elle fait part de cela, on déchiffre un état de tristesse immense : <i>« Tu disais que tu as des enfants. Cherche un endroit où les mettre, et prends soin de toi, car avec cette tuberculose qui s'annonce, on ne sait pas ce que la vie te réserve. Il faut s'attendre à tout », m'a dit le médecin. Dès lors, je me suis enfermée dans la maison, sans manger ni boire, je me suis dit : c'est fini avec la vie, mes enfants vont devenir complètement orphelins. Qui va s'occuper d'eux ? De mon côté, je souhaitais mourir avec eux, et je me disais : tout ce paquet de médicaments non curatifs ? Et s'ils sont non curatifs, pourquoi en prendre alors que d'autres maladies surviennent malgré la dose de chaque matin, midi et soir ? Les médecins eux-mêmes nous disent qu'il n'y a ni traitement ni vaccin pour ce mal, à quoi sert toute cette gamme de médicaments qu'ils ne cessent de nous donner ? Et voilà qu'il me dit que la vie va mal tourner pour moi ! (Avec tristesse) Et si je persévère dans la prise de médicaments non curatifs, au moins un des miens va ressusciter et reprendre la vie en main à ma place ? Pourquoi me torturer avec les médicaments, je prends la décision d'arrêter et ainsi je vais vite rejoindre les miens ».</i> Nous apprenons de cet exemple de propos, l'état d'incompréhension dans lequel se situe la personne face à l'accablement de ce qui l'entoure, on y décèle des idées suicidaires. Cela signifie que chaque personne se fait des représentations liées à sa maladie, ainsi que tout ce qui l'entoure.
--------------------------	---

Acceptation et Adaptation	Le fait de se sentir seule ? La crainte des effets néfastes ? Les résultats incertains, les mélanges avec d'autres médicaments ? Le langage des soignants ? Bref tout ce qui constitue son quotidien ? Ou le renoncement à la vie ? Nous avons eu l'impression que les mères sont préoccupées par ces questions et c'est ça qui fait l'objet du travail dans les espaces qui sont conçus pour elles. Pour cette mère, c'est principalement la crainte de laisser les enfants sans soutien, la menace de la mort qui persiste encore, le sentiment de se sentir seule sans l'autre pour s'occuper d'elle pendant les moments durs de sa maladie qui commençait à se compliquer à travers les maladies opportunistes telles que la tuberculose. *** Que dire de ces deux étapes <i>d'acceptation</i> et <i>adaptation</i> ? Ces deux dernières étapes du deuil, selon le modèle de Kubler-Ross (1989), se chevauchent. L'individu réalise que la situation est irréversible et commence à s'adapter à la nouvelle situation et à reprendre son rythme comme avant. La personne commence à retrouver son estime de soi, et à reprendre le cours normal de la vie. Dans le contexte de la présente recherche, nous avons eu l'impression qu'elle n'y accède pas réellement. Nous avons eu l'impression que la personne traverse les étapes précédentes, pas d'une façon irréversible, mais elle reste accrochée à l'étape de la négociation. La personne négocie avec soi, avec les défunts, avec l'autre dans son environnement. La plupart des mères entreprennent même l'action d'inventorier les pertes sans en saisir exactement l'étendue. On oscille entre le passé, le présent et l'avenir, on n'y trouve aucune réponse. Ce qui explique l'impossibilité de liquider ses deuils dans un contexte comme celui-ci. Cette mère nous témoigne d'un deuil impossible. <i>« Survivre du génocide et vivre avec le VIH/sida n'est pas une vie. C'est plutôt une mort. Mais pour ne pas m'insulter, je dirais que c'est un gros fardeau. On est toujours soumis à un devoir qui ne se termine jamais : je n'ai jamais arrêté de penser que mon frère n'est pas mort, je ne réussis pas à l'oublier et je ne l'oublierai jamais, je le vois faire des études qu'il avait commencées, je le vois devenir un homme, je le vois prendre des responsabilités, avoir des enfants. (...) Et mon fils, qu'est-ce qu'il deviendrait s'il n'avait pas eu la maladie de sa mère ? Peut-être qu'il allait réussir mieux à l'école... Mon mari, on ne sait pas ce que la vie prévoyait de bien pour nous ; sur ce, on reste comme ça, comme ceci, vivre sans vivre, je me dis que c'est le corps qui ment (pour dire faux semblant), sinon on ne vit pas ! Il faut laisser les choses comme elles sont. Agahinda tugendana nta cyakamara : si Imana, si u Rwanda, si Loni ! ni utureke, ni mutureke... ». (le chagrin avec lequel nous marchons, rien ne peut le dissiper, Ni Dieu, ni le Rwanda, ni l'ONU ! Laissez-nous, laissez-</i>
---	---

	<i>nous... »</i> Pour cette mère, le deuil impossible se prolonge même dans les générations suivantes. <i>« Écoute-moi encore ce que le génocide nous a apporté. Pensez-vous qu'il a emporté les gens et leurs biens seulement ? En retour il a apporté ce problème qui secoue tout le monde, même ceux qui ne l'ont pas. Pourquoi cet enfant ne va pas à l'école ? C'est l'héritage venimeux. Il va en souffrir, nos enfants en souffriront, c'est une destruction totale ! Et celui qui a tout détruit, c'est celui qui a mis en place le génocide. »</i> Plusieurs proverbes constituent de pilier d'appui dans des situations irréversibles: - <i>Intimba y'intore niyibuza guhamiriza</i> (le chagrin d'un bon danseur ne l'empêche pas de danser d'une manière performante) - <i>Agahinda ntigashira, gashira nyirako apfuye</i> (Le chagrin ne se dissipe qu'avec la fin de la vie). - <i>Nta guhora urira</i> (on ne peut pas passer le reste de ses jours en pleurant). Ces propos et les proverbes extraits des propos des autres témoignent de l'impossibilité de liquider son deuil dans un tel contexte. On voit que les pertes ne sont pas réparables, on ne peut ni les quantifier ni les qualifier. Autour des propos qui tournent autour du génocide, nous avons relevé l'impossibilité de faire le deuil surtout pour les cas qui n'ont pas pu trouver les corps des leurs. Quand le VIH/sida s'y ajoute, selon la façon dont la personne conçoit cette infection, la situation devient beaucoup plus compliquée.
--	--

Outre la difficulté d'intégrer la maladie, pour ces personnes la situation se complique par le contexte d'atrocité. La situation ramène des idées de mort. Ce qui est lourd pour le psychisme humain, c'est de porter des choses dépourvues de sens : « *Pourquoi quelqu'un veut mettre fin à la vie d'autrui ?* » « *Pourquoi on choisit une mauvaise mort ?* » « *Pourquoi tuer méchamment ?* » « *Était-il nécessaire de payer les meurtriers pour être tué « proprement », dans la « dignité », pour enfin se retrouver infecté par le VIH/sida ?* » C'est donc devant le dépassement face à de telles questions que les mères déposent quelques dictons pour essayer de vivre.

Le processus d'*Ukwiyakira*, couramment utilisé dans le contexte de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida que nous envisageons sous l'angle des étapes du deuil, présente éventuellement quelques caractéristiques de ces étapes. Nous ne pouvons pas les cadrer, comme le font certains auteurs qui ont travaillé autour du deuil. Par exemple

Hanus (1994, cité par Audet & Katz, 2006, p. 329) propose trois étapes. (1) *La période inaugurale du choc* pendant laquelle la personne vit les moments de déni, puis passe à la charge émotionnelle pour enfin se forcer à intérioriser. (2) *Une étape centrale dépressive* qui ne peut débiter que si la réalité de la perte a été en bonne partie acceptée. L'auteur signale qu'il s'agit d'une phase profonde, nécessaire pour l'intériorisation des affects et le détachement vis-à-vis de l'objet perdu. C'est à cette période que s'effectue le travail du deuil. (3) *La fin du deuil*, connue comme *période de rétablissement*, ne débute que lorsque le sujet est capable de renouer avec ses désirs et parvient à entreprendre des projets pour l'avenir.

Au Rwanda, le deuil, pour lequel on connaît ces étapes, est celui qui résulte d'une mort ordinaire. C'est-à-dire, quand la mort n'est pas une surprise, quand on ne meurt pas jeune, quand on ne meurt pas loin de chez soi, quand c'est une bonne mort. Dans ce cas, on ne dit même pas que la personne est morte, mais plutôt qu'elle a achevé son voyage sur terre, qu'elle est allée se reposer, ou qu'elle a répondu à l'appel de Dieu. Dans ce cas, la personne qui fait le travail du deuil a été déjà préparée, car les étapes sont déjà connues : (1) *la phase de la mort* ; (2) *la phase du deuil* ; (3) *la phase de levée de deuil* (Spijker, 1990).

Pendant la phase de la mort, les membres de la famille, voyant que la personne arrive à un âge avancé, font déjà des préparatifs, par exemple le « *Kuraga* », le choix du chef de famille ; les réunions familiales voient déjà que la mort de leur parent est proche. C'est lors de la rencontre qui réunit tous les membres de la famille que la personne mourante annonce ses volontés et pour elle après son départ et pour ceux qui restent. Par exemple il peut dire qu'elle souhaite qu'on ne l'enterre pas à l'extérieur, mais plutôt dans une de ses maisons tout près. Le parent part après avoir mis de l'ordre pour qu'après sa mort les membres de sa famille ne restent pas en conflit. Un des principaux ordres que l'on établit est de désigner qui assurera les responsabilités. Cette personne est comme un substitut de l'objet perdu. Ces activités ont pour but de prévenir les complications du deuil. C'est à notre avis une façon d'anticiper le choc, un moyen de prévention pour que les membres de la famille ne tombent donc pas dans état d'envahissement qui peut surgir en cas de perte soudaine (Hanus, 1994). Ainsi, les personnes sont préparées, de façon qu'elles puissent se détacher des liens, des souvenirs, des espoirs qui l'attachaient à l'objet qui sera bientôt perdu.

Cette prévention n'est pas utile uniquement pour les membres de la famille du défunt, mais aussi pour les familles lointaines et les amis intimes appelés aux cérémonies décrites plus haut. Pour la personne considérée comme substitut de l'objet perdu, des rituels sont faits, que l'on peut considérer comme des rites de passage (van Gennep, 1981). C'est par exemple le fait de lui conférer la chaise du défunt pour qu'elle s'y asseye (Bigirumwami, 2004). C'est une façon de témoigner aux yeux de tout le monde qu'elle a franchi le seuil qui marque un changement du rôle qu'elle va jouer dans sa famille et dans la société. Ainsi, l'objet perdu persiste à travers son substitut qui, avec ce nouveau statut, reprend les rôles que les membres de la famille, les amis de la famille et la communauté lui confèrent. Ainsi à travers lui la symbolisation, nécessaire en cas d'absence, pourra être possible.

Pendant la phase du deuil, c'est toute la communauté qui est mobilisée, car la perte d'une personne, parent, adulte ou enfant, n'influence pas seulement la famille, mais aussi la société toute entière. La mort est donc à considérer comme une atteinte à toute la famille qui a connu le disparu et à toute la société qui lui a attribué des rôles bien définis. Si c'est un enfant, sa mort est aussi une douleur pour la famille qui l'a mis au monde et pour la société tout entière qui contribue à son éducation. (Le sens de parent est considéré dans le sens large des Banyarwanda.) Autour du feu, la communauté environnante vient réchauffer la famille endeuillée par des paroles, de la nourriture et des boissons qu'ils apportent à partager. Cette phase est caractérisée par l'arrêt des activités, façon de respecter le départ du défunt dont le corps est déjà accompagné jusqu'à sa nouvelle demeure. C'est la période où les endeuillés commencent à s'organiser pour leur nouvelle vie, période où l'un n'assume plus son rôle actif. C'est cette période que les Rwandais appellent la période de « *Kwirabura* » (de deuil), c'est-à-dire noire, pour témoigner de la tristesse. Le travail du deuil est à ce niveau facilité par la solidarité familiale et communautaire. Les sentiments personnels ne sont pas pris en considération. Apparemment, l'individu n'a pas le temps de se retourner sur lui-même, car il est toujours entre les bras des membres de la communauté qui se succèdent autour du feu en apportant de la nourriture et des boissons durant toute la durée de la période du deuil. Les consolations pouvaient lui être accordées, en retrait, par les amis proches, parce que l'expression de la douleur morale en public n'est pas de coutume : « *Komera* (soit fort) ; *ihangane* (aie de la patience) ; *wirira, ikomeze, ba umugabo nya mugabo. Wibuke ko amarira y'umugabo atemba ajya mu nda* (ne pleure pas, maîtrise-toi, sois un vrai homme. Rappelle-toi bien que les larmes d'un homme coulent vers son ventre) ».

La toute dernière phase est appelée la phase de levée du deuil ou « *Kwera* » (blanchir). Opposé à la phase précédente, elle est caractérisée par les activités qui visent à blanchir tout ce qui est était considéré comme impur. Le feu n'était plus allumé et la cendre doit être jetée dans l'eau courante. La personne qui dirige les cérémonies de levée du deuil procède à l'aspersion de la maison par de l'eau mêlée à du kaolin. Il y a aussi quelques questions que la personne qui dirige ce rituel doit poser aux membres de la famille endeuillée et les réponses tournent autour du défunt, toujours dans l'objectif de l'apaiser. En cas de mauvaise mort, il faut consulter le devin pour conjurer le mal, prédire les choses comme l'identification des ennemis.

Dans le contexte de cette recherche, les mères font face à de multiples deuils impossibles. Ils se sont superposés et entremêlés avec les traumatismes consécutifs aux violences subies. Le cas de Letty, par sa représentation psychique, témoigne de cette complexité. Engager un travail de reconstruction demande de remonter tout doucement le temps jusqu'à l'événement destructeur. La torture a comme but de faire taire. Le portrait qu'affichent les mères nous paraît singulier et atypique. Certaines sont silencieuses ; pour d'autres le contexte du dehors fait qu'elles réagissent et y dépose des paroles qui tournent chaque fois autour de l'axe de la maladie et/ou du génocide. Il est impossible de déterminer des étapes dans le processus d'intégration de leur statut. Nous dirons pour terminer cette partie que deux temps contextuels nous renseignent sur leur état psychique : le temps de la

normalité et le temps commémoratif. Comme nous l'avons relaté, une personne peut témoigner d'une souffrance immense pendant le temps de normalité. Paradoxalement, pendant le temps commémoratif, la même personne dispose d'une énergie psychique extraordinaire. C'est le cas de Maman Tito qui nous a étonnée par son intervention pendant la séance du dehors. Que dire du silence ? Il peut témoigner du désarroi, de l'engloutissement, de l'inertie psychique, de la honte ou de la culpabilité. Mais on est étonné face au silence de Letty, connoté d'éloquent. Toutes sortes de raisons peuvent aussi être à l'origine du silence, mais nous sommes loin d'étiqueter les mères chacune individuellement. Par contre nous apprenons d'elles ce qu'elles ressentent par ces deux héritages superposés, le sens qu'elles leur donnent et la création de l'espace qui peut convenir pour tenter la reconstruction. L'intentionnalité délibérément induite par l'homme (Sironi, 1999) complique la représentation de ce double héritage. Pour les mères, il s'agit de la perte de l'intégrité de ce qui constitue la vie, de la suppression du passé et du barrage du chemin qui mène vers l'avenir. Le processus d'intégration de leur statut ne peut dès lors se faire qu'en retrouvant un lieu où il est possible de rétablir l'ordre renversé et de penser à des piliers substitutifs. C'est autour de ces piliers que tout le travail s'est focalisé pour le reste du temps.

3.8. « Que faire quand les piliers d'appui ne sont plus solides ? »

Cette question lancée depuis janvier 2013 visait particulièrement à explorer les piliers de la survivance. C'était aussi une façon de préparer progressivement les mères à l'espacement des séances et ainsi envisager le moment opportun pour la fermeture du groupe et l'ouverture d'un autre groupe, non plus dans le cadre de la recherche, mais pour la continuité des actions institutionnelles. Nous nous focalisons maintenant sur la mise en relief des piliers de la survivance chez les mères qui se rassemblent dans nos groupes de soutien. Vu l'ambiance du moment, nous nous sommes permis de nous adresser aux mères en contournant la réalité qui obligerait d'énumérer les pertes traumatiques connues. C'est instinctif ; nous n'y avons pas pensé avant. Nous avons senti que c'était une façon de pouvoir démarrer formellement la séance ; avant celle-ci, les mères étaient dans une ambiance joyeuse depuis une trentaine de minutes, seules dans la salle en attendant les retardataires.

Uwineza : *Dans cette matinée, on dirait que l'on est dans une soirée de poésie (rires). Nous allons donc la prolonger .*

Mères : *Oui.*

Uwineza : *Sakwe sakwe*⁸⁴.

Collègue : *Soma.*

Uwineza : *Twava mo umwe nitwarya. C'est-à-dire littéralement, « En manque un, nous ne pouvons plus manger » ou « En manque-t-il un seul, le feu ne sert plus ! »*

⁸⁴ *Sakwe sakwe* : C'est comme pour demander : deviner le sens de ce que je vais vous dire. Dans le Rwanda traditionnel, ça se faisait ainsi pendant le moment d'« *igitaramo* », comparable à la soirée de poésie.

Mères : (Toutes en même temps sans même y réfléchir et avec des rires) *Ishyiga (ry'inyuma)*⁸⁵.

On aura compris que nous avons recours à la métaphore de l'une des trois pierres nécessaires pour pouvoir faire du feu que nous avons évoquée tout au long de la co-facilitation. C'est une façon de dialoguer à la mode traditionnelle rwandaise. Cette fois-ci l'humeur de certaines mères nous permet d'adresser des devinettes, des énigmes. C'est aussi une façon de ne pas continuer à alourdir les échanges qui ont été caractérisés par des charges émotionnelles intenses qui replongent les mères dans le gouffre génocidaire. Nous tentons donc « de broder autour du gouffre pour le réduire dans la mesure du possible. Cela leur permettra peut-être de l'enjamber et de poursuivre le chemin », comme le suggérait Antoine Masson lors de son intervention pendant la première réunion des membres du comité d'encadrement le 18 juin 2012.

Une élaboration profonde se fait autour de cette métaphore, cette fois-ci sans se noyer « au fond de l'horreur » (Godard, 2004, p. 10) ou sans se perdre dans le contenu de ce qui constitue « *le livre du cœur* », comme disent les mères. Il arrive que la survivante ou le survivant n'ait plus rien pour repartir : plus de mari pour telle femme, plus de femme pour tel homme, plus d'enfants pour des parents, plus de parents pour des enfants, etc. La désolation patente est là, de la famille nucléaire à la famille élargie. Pire, les rarissimes survivants ne peuvent plus jouer le même rôle qu'avant, tant leur moral est entamé. Tels sont les éléments flottants du constat dont nous font part les mères dans cet espace Entre-nous. Comment dès lors survivre en l'absence des piliers symboliques ou face à leur ébranlement ? À tour de rôle, plusieurs réponses sont fournies par les participants :

- *Je ne fais que patienter et endurcir le cœur ...*
- *Je me rends à Dieu, lui seul peut tout.*
- *Je chercherai des gens comme moi, pour des échanges entre nous, cela apporte un calme qui apaise le cœur.*

Il en est de notre démarche dans la recherche de piliers symboliques comme de la démarche qui cherche à compléter les pierres du foyer. Un seul et unique objectif est visé : la quête de *la vie* ou de *la survie* à travers plusieurs moyens pour panser les blessures morales. C'est avec un cœur calme qu'on pense à soi et qu'on pense à l'autre, pensons-nous. Les réponses ne sont pas vraiment structurées lorsqu'il s'agit de nommer ce qui peut constituer un pilier. Certaines sont encore loin de se les représenter, pour d'autres il y a encore des défis à vaincre pour pouvoir s'y appuyer solidement et enfin pour d'autres encore il leur est possible de retrouver ce calme, de se représenter ce qui constitue le pilier de leur survivance et de le partager avec l'autre pour qu'il puisse en faire usage. Voici quelques résultats, extraits de récits illustratifs fournis lors du deuxième temps de terrain et pendant le tout dernier temps de terrain. Chaque fois, les propos des mères expriment l'importance de l'espace Entre-nous, auquel elles faisaient souvent allusion par l'autre appellation de « *valeurs d'avant* ». Autre chose que nous voulons signaler encore une fois, c'est que chaque thème énoncé fait l'objet d'un travail qui nourrit tout le groupe. Cela

⁸⁵ Une des trois pierres qui délimitent la zone où l'on faisait le feu dans le foyer traditionnel rwandais.

dépend de l'état psychique de l'une ou l'autre mère. Signalons également que cet état n'est pas statique. Cela nous oblige à éviter de quantifier ou de nommer les personnes qui se rangent sous tel ou tel thème. Remarquez par exemple combien à l'Est, lors de la séance du dehors, la mère qui était souvent effondrée émotionnellement a pu courageusement prendre en main la dynamique du groupe et rester avec nous jusqu'à la fin. Ainsi donc les propos évoqués par une telle provoquent une construction chez telle autre. Cette dynamique complexe de reconstruction de soi et de l'autre est à notre avis irréductible à une explication univoque. Ci-dessous les thèmes généraux qui découlent de cette co-construction.

3.8.1. Impossibilité de survivre

La réalité abordée dans cette thèse est axée sur deux entités, le génocide et le VIH/sida, qui se résument à un génocide individuel sans fin. Ainsi, sous ce thème de l'impossibilité de survivre, nous trouvons un contenu qui rejoint ce qui ressort d'autres thèmes discutés plus haut, précisément sous le thème qui qualifie le génocide de fait sans fin, « *Le génocide nous sommes encore dedans* », et sous celui qui explore le vécu de la mère face à ces deux réalités. Nous préférons de ne pas les grouper, car chaque thème témoigne d'une réalité bien distincte, selon la personne, le contexte du moment et le travail de co-construction qui s'est opéré autour. Pour ce présent thème, nous situons la mère dans le quotidien de son environnement puisque l'autre sur qui elle était habituée de s'appuyer n'est plus là. Nous avons l'impression que pour certaines mères, c'est chaque fois qu'elles tentent de se représenter le génocide et le VIH qu'elles se retrouvent dans « *la mort* ». Certaines d'entre elles nous ont confié qu'elles ne sont pas survivantes, car elles se retrouvent encore dans ce combat. Quelques extraits en témoignent.

Sommes-nous des survivantes ? Pour moi non. Umuntu asiga akamwirukaho ntasiga akamwirukamo : l'homme peut expulser un mal externe, jamais le mal interne. Pour ce dernier, il court avec.

À partir des propos de cette mère, « *décourageants* » selon Rose, les autres tentent de les relativiser. Nous en déduisons que pour venir à bout de l'emprise et de l'empire d'un mal intérieur, il faut entre autres solutions s'asseoir dans un Entre-nous et en parler. « *L'innommable malheur n'ira certes nulle part, mais du moins les choses se relativisent* », disent les mères. Avec notre collègue, nous avons interagi longuement sur ce que cette mère voulait réellement dire. Et, prenant son courage à deux mains, la mère de poursuivre :

Y a-t-il pire que la traversée de vallées fangeuses, pour se retrouver, au bout de quoi, sans rien ni personne ? Y a-t-il encore quelque chose de plus terrible qu'être porteur de cette « maladie » ? (La réponse ne se fait pas attendre.) Avec ça, on ne vit pas, on essaie de survivre, et c'est grâce à ces rencontres que nous avons pu trouver de l'appui.

On ne vit pas, on ne survit pas face à la mort progressive. C'est tout simplement une vie sans vie. C'est quoi la vie sans vie ? N'est-ce pas une façon de mourir étant debout ? (...). On coupe le souffle, on ferme les yeux, on se lance, on s'en fiche de la vie et de la mort. (...) La seule chose que moi-même je ne comprends pas, c'est que je n'ai plus le cœur humain. Le

mien est devenu comme une pierre. On dirait que je suis sous anesthésie (ikinya). Malgré tout, le soleil se lève et se couche, les enfants vont à l'école, mais... ne me demande pas ce qui fait fonctionner tout ça. Je me dis que c'est Dieu.

Nous voilà non loin de Paul Celan à propos du malheur innommable. Il fut profondément marqué par le nazisme qui emporta ses parents et par son propre passage dans un camp allemand, où il devait creuser des tranchées. Nous apprenons de Florence Heymann (2007) que le travail au camp frisa l'irreprésentable. Non seulement cela se passait après la déportation de ses parents, mais en plus les ouvriers n'avaient que peu d'outils et rien d'autre à manger qu'une soupe de maïs très diluée. C'est alors qu'il constate : « *dans la vie, le terrible quelquefois aura eu nom survie* » (Du Bouchet, 1996, p. 14)

Pour revenir à notre propos, nous ne pouvons pas nous résigner à cette impossibilité de survivre, même si certaines mères l'affirment. Tout dépend du ressenti du moment et cela ne confirme pas pour nous qu'une mère qui avance une telle réflexion n'a pas connu de pas vers la reconstruction. Au contraire, voilà au moins qu'elle peut reconnaître de quoi elle souffre et comment elle peut se soigner. On ne peut penser qu'au journaliste Jean Hatzfeld, qui, à travers ses entretiens avec les survivants du génocide des Tutsis, confirme que l'on ne peut trouver « une place où ranger le génocide sans laquelle personne ne peut vivre » (Hatzfeld, Dans le nu de la vie : récits des marais rwandais, 2000, p. 227). Les mères soulignaient la nécessité de se rassembler entre elles, en vue de la quête d'une relative quiétude du cœur. C'est là qu'elles soulignaient : « *sans les piliers d'avant, nous survivons* », cela pour dire que l'espace Entre-nous reprend les structures des valeurs d'avant, devenant un pilier où peuvent s'appuyer ceux qui s'y rassemblent et permettant aux autres qui ne sont pas encore convaincus de s'en rendre compte, par le biais du partage d'expérience. C'est ce partage qui peut retravailler le désordre phénoménal de la pensée et du sentiment qui survient après le témoignage qu'évoquait Waintraiter (2003). Le thème qui suit le justifie et résume sur quoi d'autre la mère est tenue à survivre, autre que le génocide et le VIH qui anéantissent les mécanismes de survie.

3.8.2. Les mots de l'Entre-nous face aux maux du dehors

Toutes les mères soulignent d'une façon convergente que le présent groupe de soutien est pour elles un des piliers de survivance, qui s'ajoute bien sûr à leur « nouvelle famille sociale », AVEGA. Leurs propos soulignent que les effets du groupe sont salutaires et se poursuivent au-delà des moments de rencontre.

Ici, entre nous, il y a des mots qui apaisent le cœur. On se dit : Humura : Ressaisis-toi. Par contre, dehors, il n'y a que les moqueries des gens qui n'attendent que ma mort et des voisins menaçants. Mais l'énergie puisée à notre source prime sur les maux des gens du dehors... Et vous le savez toutes : La parole méchante ne pourrait jamais (iribi ntiribora) [pour dire que la mémoire du mal prévaut sur celle du bien], vous le savez aussi que la parole paisible est le propre de Dieu (ijambo ryiza ni mugenzi w'Imana). C'est la même chose ici entre nous. (...)

Quand je sens que c'est trop, mes pensées s'accrochent au prochain rendez-vous... Grâce à la présence de ce groupe, je viens pour prendre les médicaments moi-même. Avant, je pouvais envoyer quelqu'un, mais je ne manque plus jamais au rendez-vous pour venir me ressourcer ici entre-nous. (Nancy)

Cela pour dire que le groupe leur procure de l'énergie psychique pour pouvoir résister à tous ces stéréotypes négatifs que les autres personnes de la communauté environnante ne cessent de colporter contre elles, tels que nous les avons décrits plus haut. Cela nous fait penser qu'il est possible d'envisager un sevrage progressif. Les personnes concernées le découvrent elles-mêmes à travers la question que notre collègue pose pour tenter d'explorer la force de chaque mère, en dehors des moments de rencontre :

Je trouve que chacune s'appuie énormément sur ces rencontres et surtout sur l'objet de vos échanges au cours de ces moments. Comment faites-vous entre les deux rencontres ? Supposons que l'intervalle s'élargisse à 60 jours, au lieu de 30, ou même plus. Serait-il possible pour vous de tenir le coup ?

Voilà qu'une des mères prend la parole, pour expliquer comment, dans les conditions normales, la mère sevrer l'enfant de son sein :

Quand la mère commence à sevrer son enfant, c'est compréhensible que l'enfant n'en soit pas content. Il pleure alors, mais finalement il se calme. Nous avons bien compris ce que tu veux nous dire. Pour nous, il serait mieux qu'on reste ensemble. C'est ici que nous nous ressourçons ... Et nous apprenons beaucoup de choses qui nous concernent.

(...) Quand quelqu'un se rend à la source, il ne puise que la quantité d'eau dont il a besoin, c'est-à-dire selon les activités à faire. Ainsi, cet espace sert de source, chacune s'y rend et emporte la quantité d'eau dont elle aura besoin pendant les 30 jours, les 60 jours, 120, ou même plus.

A l'aide du langage métaphorique, les mères réagissent à chaque propos. C'est pour certaines une occasion de remonter le temps, en partant de loin, « *Avant...*, et avant de l'avant », pendant et après (le génocide), elles précisent ce qu'elles ont enduré, durant les événements tragiques du génocide et après, la façon dont elles ont été secouées par les familles élargies, comme par d'autres personnes du « dehors ». Il nous semble que cet espace est hyper idéalisé en une famille, jusqu'à le considérer comme une nécessité pour vivre. Les mots qu'elles écoutent sont considérés comme « les nourritures affectives », selon l'intitulé de l'ouvrage de Cyrulnik (2000), ou comme l'eau de source vive.

Nous étions habituées à l'eau de la source que nous avons trouvée ici entre nous. Cependant, les beaux jours ne durent pas longtemps, c'est presque une loi de la vie. Ce que je peux dire personnellement, c'est que les mots que nous entendons ici entre nous ont pris le dessus sur les maux du dehors. Avant, on pouvait se rendre chez soi, parler à sa mère, à sa sœur, sinon à la tante. Elles ont toutes été emportées par « le vent Serwakira⁸⁶. » ce vent qui emporte tout !

⁸⁶ « Serwakira » : Nom donné à un genre de vent, qui vient promptement et qui passe vite en emportant tout ce qui est en plein air. Souvent, ce genre de vent survient quand il fait normalement beau, sans qu'on s'y attende et

Ici, entre-nous, c'est comme en famille, j'y ai trouvé des sœurs et un frère⁸⁷, des enfants: garçons et filles. Nous nous réconfortons comme c'était, dans le temps. (En riant) Maintenant que la mère compte sevrer ses enfants, je ne m'inquiète de rien, car je sais qu'elle sait bien qu'il y a encore celles qui ont besoin de plus d'eau que les autres. Mais pour moi, j'ai de l'eau en suffisance, en cas de besoin je me rends chez mes amies que j'ai eues ici entre-nous, même étant dehors, nous nous organisons. Désormais, nous prenons le chemin ensemble, nous nous visitons, ou encore on se lance des coups de fil pour demander comment telle ou telle autre va.

Notre attention se focalise sur les liens intersubjectifs (Kaës, 2007) qui font qu'elle arrive à penser au-delà de soi. Cette mère ne nous interpelle que pour le sujet singulier qui n'a pas pu évoluer au même rythme que les autres. Elle a toujours recours au langage métaphorique. Tout en nous rappelant notre responsabilité de penser à elle, elle nous signale qu'il y a aussi celles qui auront besoin de plus d'eau. Nous avons l'impression que le fait d'impliquer les mères comme des co-facilitatrices les a responsabilisées au point de n'ignorer aucun détail. Par exemple, pour ces personnes en jachère psychique, les autres osent les confronter à leur conscience morbide négative, chose que nous ne pouvions pas oser dire. Elles nous précisent : « ... *Et c'est souvent celle qui ne peut pas réaliser qu'elle a besoin d'une telle assistance.* ». Effectivement, cette personne n'a pas été délaissée, elle a été traitée comme les autres. Après l'espacement des séances, ces personnes ont été invitées à des rendez-vous individuels avec nos collègues permanents au travail. Cette proposition a été faite à tout le monde, en cas de besoin entre deux séances, mais pour trois cas, Concilia, Nadège et Letty, c'était comme une prescription. Chose étonnante, chacune individuellement a été aussi accompagnée par chacune de ses paires, et/ou s'est faite soi-même accompagner en accompagnant les autres. C'est l'exemple de ce qu'a fait Letty pour toutes les autres mères. Si ce n'est pas un coup de téléphone donné, c'est une visite chez l'autre, pour rechercher – nous reprenons ses propos –, « la raison de son existence ». Nous décrivons cela dans le chapitre suivant sous le thème du « *silence éloquent dans le livre du cœur* ». Ce choix de traiter les données fournies par la mère dans l'espace « enfant » est guidé par ce que Letty, en tant que mère, nous apporte comme connaissances au sujet de l'enfant. Cette situation confirme ce que la sagesse traditionnelle nous apprend : la vraie fraternité n'est pas celle du sang, mais celle du partage. Face aux changements qui s'opèrent dans la société, en l'occurrence dans la société rwandaise post-génocide, on ne peut ne pas se demander si réellement « la consanguinité est l'horizon indispensable de la raison parentaire », comme s'interroge Désveaux (2002, p. 105). C'est à notre avis ce partage qui continue à renforcer les liens et donne naissance à une nouvelle communauté où on survit, non seulement entre nous, mais aussi dans un monde où vivent les autres. À ce sujet, R. Waintrater (2003, p. 92) affirme : « [...] Cette communauté est très importante pour les survivants et c'est sur elle qu'ils s'appuient pour évoquer ce qu'ils ont vécu » Et cela, dans leur propre termes (Dauge-Roth, 2011).

condense tout ce qui peut être emporté avec la poussière. Dans le présent contexte, le sens de ce vent est bien le génocide.

⁸⁷ Fait allusion au seul thérapeute masculin dans un groupe de mères veuves.

L'idée générale que ce thème nous laisse comprendre est que l'espace Entre-nous a été pour ces mères la source d'énergie nécessaire pour qu'elles affrontent les maux du dehors. Pendant les échanges entre mères, il y eut des moments où nous nous réunissions et ne parlions que de « nous ». Progressivement, nous avons dit « Je », en parlant entre nous. Ce qu'apportait chacune d'entre nous était comme de l'eau à partager pour servir l'autre afin de repartir avec la force nécessaire. C'est donc la tâche de chaque mère d'en puiser la quantité suffisante. Une autre idée qui se dégage consiste en l'utilisation de cette énergie psychique qu'on a souvent évoquée par la métaphore de l'eau de la source, pendant l'intervalle entre deux séances. C'est pendant cette période que la mère dans son « Je », tel qu'elle le construit à partir du « nous », parviendra à assumer ses responsabilités et à tenir face aux épreuves de la vie. Certaines d'entre elles sont parvenues à relativiser les épreuves de la vie quotidienne et à les considérer comme une autre forme de pilier de la survivance. Voici comment cela s'est opéré. Chacune des mères en a fait l'expérience. Nous illustrons cela par celle de Dora.

3.8.3. Les épreuves de la vie

Le quotidien du survivant est teinté d'épreuves qui lui demandent de la force que même l'Entre-nous ne peut pas procurer. Toujours dans la logique d'explorer les piliers de la survivance chez les mères, elles nous font part de ce qui constitue leur quotidien, source du défi de leur reconstruction psychique, à quoi s'ajoute le passé hyper présent. Ensemble ils ont fait l'objet du travail dans nos groupes de soutien. Pendant qu'intérieurement nous nous attardons sur l'appréciation de la richesse du travail créatif qui s'opère entre nous et qui les fait vivre, comme nous en font part les mères, il y avait d'autres surprises qui donnent à voir une autre perspective. Non de désespoir, mais plutôt celle qui assure que la survie pourra un jour générer la vie, même si ce qui constitue le défi à la survivance persiste. Cela par le fait que ces surprises proviennent des mères desquelles on ne s'attendait pas à de telles interventions. Celle qui pleurait jusqu'à avoir des mouvements saccadés de la tête, prise dans l'impossibilité de communiquer dans un langage audible, nous fait comprendre aujourd'hui comment les épreuves peuvent aussi être piliers de la survivance. Aujourd'hui elle témoigne comment elle a décidé de dire « non » à ces épreuves, les mêmes qui faisaient couler les larmes. Cela nous renvoie toujours au sevrage du groupe.

Quand on a faim, on ne va pas chez la voisine pour faire la pique-assiette. On fait le feu, on tape à gauche et à droite pour trouver quelque chose à manger. Je me dis que c'est ce qu'il nous faut pour faire face à notre survie avec notre maladie. Peu importe la fréquence de nos rencontres. Moi, j'ai puisé ici l'eau suffisante pour faire 'ma cuisine'... Mais, ce n'est pas ça seulement qui me pousse à prendre la parole. Je voudrais aussi vous dire qu'il faut apprendre à garder l'endurance, surtout dans les épreuves. Moi je dirais qu'en plus de cet espace, les épreuves aussi nous forment. Et au lieu d'être destructrices, elles me transforment en une pierre solide... Cela ne veut pas dire que les épreuves ne sont plus là. Elles ont simplement changé de visage. Quand elles persistent, on regarde à gauche et à droite et on se tient ! Qui va faire ça ? Qui va faire cela, tout revient au-dessus de mes épaules. Directement le cœur te

dis : debout, sèche tes larmes, travaille, tiens-toi solidement, fais ce que tu peux, les enfants ont besoin de toi.

Mes voisins se demandent qui je suis. C'est bien elle ? On ne la voit jamais triste, elle travaille beaucoup, dans les champs, dans le bétail, Que serait-ce si son mari était aussi là ? se demandent-ils et je les écoute en passant. Mon mari, lui aussi quand il est sorti de la prison, il fut étonné. Il croyait que je pourrais ne pas tenir, que je serais anéantie par les épreuves de la vie. J'ai dit non. Ce que je ne pouvais pas, c'est le faire sortir de la prison, mais, nourrir les enfants, les faire soigner, travailler pour le progrès de mon foyer, j'ai tout fait, je n'en pleure plus. Je pleure pour une seule chose, je ne résiste pas : les questions des enfants.

Les épreuves de la vie ne prennent jamais rendez-vous, elles viennent quand elles veulent et ne tiennent jamais compte de la vie ni de la situation. Je parle de moi-même. Vous toutes, vous connaissez mon histoire. Celles qui ne la connaissent pas, c'est maintenant le moment de l'apprendre, parce que je ne pleure plus. J'ai tout intégré, que ce soit ce qui m'arrive venant du dehors, que ce soit cette maladie qui m'habite, je traite ça actuellement comme une affaire légère. Et tout cela s'est construit en moi quand mon mari était en prison. De nombreux problèmes m'accablaient. Il s'est alors développé en moi un cœur de pierre. Avant j'étais trop gâtée, mais par la suite, le bonheur ne m'a pas souri : un mari en prison, trois enfants séropositifs, mon mari et moi, soit 5 personnes malades, en plus d'autres enfants qui ne m'appartiennent pas directement, supporter tout ça... On dirait que j'étais anesthésiée, je travaillais, et je me demandais aussi si c'était moi ou quelqu'un d'autre. (Dora)

Le quotidien de cette mère avec son mari était accablé par les démarches en vue de la réclamation de terres de leurs parents, de leurs grands-parents, des belles-familles, dont ils sont les seuls héritiers, d'après ce qu'elle nous a confié. D'autres mères témoignent qu'elles ont connu le même problème. Certaines ont été complètement anéanties et ont choisi d'abandonner. Pour les autres, c'est une épreuve qui les a réanimées. Rose aussi considère les épreuves de la vie comme un pilier pour survivre, surtout quand ça touche « le chez soi »

Nous les survivants, nous avons peur de retourner où nous étions avant. Je ne sais pas si c'est par ignorance, où je ne sais pas par quel esprit, les gens se sont donné la liberté de s'approprier de nos biens comme si nous n'existions plus. Particulièrement pour nous (mère vivant avec le VIH, infectée par le VIH dans le contexte du génocide), ils pensent que nous mourrons bientôt, et qu'il n'y aura personne pour réclamer ce qui était à nous. Cela m'a fait quitter le lit, j'ai pris le courage, un ancien voisin m'a hébergée, j'ai fini par récupérer mes terres, ma partie je l'ai louée, depuis lors je me suis dit qu'il n'est plus question de pleurer. On pleure ici entre nous, mais dehors il faut être fort. (Rose)

Margo, une des mères qui avait complètement abandonné la poursuite de ses terres, reprend le courage de se faire aider par les instances qui s'en occupent ; Concilia prend le même chemin. Certaines autres mères qui se plaignent de ce que leur maison est occupée par d'autres personnes, se battent pour ça. C'est l'une des épreuves de la vie qui constitue le quotidien du survivant au Rwanda⁸⁸. Toutes ces mères ont été pendant un certain temps sous

⁸⁸<http://www.igihe.com/amakuru/u-rwanda/article/kirehe-abarokotse-jenoside>

l'emprise de ce qu'elles nomment les épreuves de la vie. Leur présence dans le groupe a été caractérisée par un grand travail autour de leurs émotions, sans paroles pour les expliquer. On se souvient de Dora, cette mère qui lors du premier temps de terrain ne pouvait pas parler pendant la « séance du dehors », où l'on devait parler du « général ». Elle pleurait dans son pagne, au point d'avoir des mouvements saccadés de la tête. Elle nous suppliait de lui épargner de faire un récit et pour finir elle limita tout son récit à une seule phrase : « *le général n'existe pas.* » C'est maintenant qu'elle peut élaborer son histoire en soulignant que les épreuves de la vie constituent un des piliers de la survivance.

En croisant ce dont ces mères nous témoignent avec ce que nous avons appris par l'expérience clinique, nous avons tendance à concevoir les épreuves de la vie comme piliers de la survivance. Cette conception est le propre des mères qui présentent ce à quoi elles font face. Le quotidien est d'une part teinté de bonnes choses, mais réserve d'autre part des épreuves qui requièrent un effort gigantesque de la part du survivant pour les dépasser. Les épreuves de la vie constituent donc les éléments face auxquels le survivant doit organiser sa survivance. Si cela persiste, ce peut être accablant et « anesthésier » la personne, la maintenir dans un état d'inertie. Heureusement que pour l'instant Dora peut travailler.

Nous apprenons des mères avec qui nous avons travaillé que le survivant négocie avec lui-même et parvient à développer ce que nous pouvons appeler un sentiment de triomphe. Dans ce que nous ont confié les mères, nous avons remarqué un effort dans la gestion des conflits psychiques qui proviennent des intrusions environnementales telles que la stigmatisation, l'injustice et toute autre chose qui s'organise pour désorganiser le survivant. Cela pousse à développer un sentiment qui lui permettra d'essayer de se débarrasser de la force destructive du dehors. Intérieurement, le survivant adopte le mécanisme de dire, nous citons l'une des mères : « *Non à l'anéantissement par le méchant, non au mépris de l'ennemi, Non ! Que personne ne pense qu'il n'a plus personne d'autre qui est resté chez nous ! Non, que les meurtriers ne me trouvent jamais sale. Non, qu'ils trouvent à travers mon existence le résultat de leur échec.* »

En se basant sur ce récit, nous appelons sentiment de triomphe dans la survivance l'état psychique que génère l'ensemble de tous les mécanismes du survivant pour essayer de se surpasser, de montrer la face positive malgré qu'intérieurement la souffrance ronge. D'une part, ce sentiment a une face positive qui sert de pilier inébranlable pour le sujet et pour le thérapeute qui l'accompagne. Il est possible d'y puiser des éléments constructifs, vivifiants pour fortifier le survivant, en se reliant avec lui pour haïr le tortionnaire. Nous pensons que c'est d'ailleurs ça qui pousse les mères à considérer les épreuves comme piliers de survivance. D'autre part, il peut y avoir – et c'est ce qui se produit souvent – une dimension qui pèse lourdement et le survivant fournit des efforts tant physiques et psychologiques qu'économiques qui dépassent les limites de ses possibilités. Dans nos groupes de soutien, nous avons constaté que les mères en avaient souffert.

Ce sentiment de triomphe est-il le propre des Rwandais ? Nous pensons qu'il s'agit d'une dimension qui mérite d'être explorée. Nous avons eu l'impression qu'un tel sentiment tient compte de l'éthique individuelle. Les mères avec qui nous avons travaillé

nous ont témoigné que c'est avec ce sentiment que l'on parvient à affronter la vie, à s'adresser aux autres personnes du dehors, dans le quartier, au village. Mais, Entre-nous, dans l'espace qui le permet, les mères peuvent communiquer dans un état régressif et on pouvait entendre d'elles des mots comme : « *je n'en peux plus* », « *j'en suis fatiguée* » ; arrivées dehors, le même sentiment de triomphe fait son œuvre pour leur permettre de résister aux aléas désorganiseurs venant de leur environnement.

Un survivant, ancien soldat de la deuxième guerre mondiale que nous avons eu la chance de rencontrer dans le cadre des liens qui se sont tissés dans notre voisinage en Belgique, n'avait pas le même sentiment. Il nous disait fréquemment « je suis invalide », non pas pour son âge (80 ans) mais pour ce qu'il avait enduré pendant la guerre. Il en parle dans les moindres détails comme si cela s'était passé hier. Dans notre expérience clinique antérieure, nous avons aussi remarqué le même sentiment. Une mère enrôlée dans le programme de suivi pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA nous l'a témoigné plus que d'autres. Ci-dessous sa situation :

(D'une propreté remarquable, avec une chevelure longue qu'elle laisse trainer au-dessus du cou, elle nous arrêta dans la salle d'attente et demanda à ce que nous nous entretenions à l'intérieur. Nous entrons ensemble dans notre bureau et elle nous dit) : *Je suis pauvre, je n'ai rien à manger, ma maison n'est pas couverte comme il faut. Et je souhaiterais que tu m'aides à trouver au moins deux tôles pour remplacer les autres abîmées qui laissent la pluie tomber dans ma maison* (elle voudrait bénéficier au moins une fois d'une assistance sociale réservée aux cas en pauvreté extrême. Elle n'avait jamais osé avouer ça à la personne en charge, cette même personne ne pouvait le croire vu son apparence... Puis, elle continue en essayant de nous convaincre.) *Ne te laisse pas influencer par mon apparence. Je ne suis rien et personne ne le croit.* (En essayant de contenir ses larmes, elle baissa la tête sur notre table de travail pour nous montrer une grande cicatrice profonde au niveau du cou qu'elle couvre toujours avec l'entretien de ses cheveux pour que personne ne s'en aperçoive). *Surtout la race meurtrière pour qu'ils ne se réjouissent jamais au-dessus de moi.* (Elle m'a fait savoir qu'elle fournissait des efforts énormes pour masquer sa souffrance. Elle nous a confié son histoire lourde à entendre et difficile à supporter. C'est pendant le génocide qu'elle a eu le VIH/sida. Elle a tellement peur que quelqu'un découvre qu'elle fréquente la clinique des personnes vivant avec le VIH/SIDA, puis nous dit) : *J'ai même honte de cette cicatrice.*

Un tel sentiment caractérisé par le maquillage de la souffrance ne s'écarte pas des anciennes valeurs et est repris dans *l'ubupfura* (la noblesse) et *l'ubunyangamugayo* (l'intégrité). Nous le soulignons simplement en fonction de ce qu'il engendre chez le survivant vivant avec le VIH. La personne apparaît différemment de ce qu'elle est réellement. Les mères avec qui nous avons travaillé témoignent d'une fragilité qui va jusqu'à la révolte, surtout quand elles sont obligées de se justifier au point de dire qu'elles vivent avec le VIH/sida pour telle ou telle autre assistance. Ainsi, la prise de distance par rapport à ceux/celles qu'elles nomment « *les touristes humanitaires* » trouve sa justification. Les mères pouvaient se replier sur elles, avoir le sentiment que personne ne s'occupait d'elles, comme elles en ont témoigné pour nous à travers cette question : « *Est-ce que tu penses que l'on pense à nous ?* », ce qui aussi fut l'objet d'un travail vers l'engagement dans le processus de la survivance. Voilà pourquoi les mères réclament que

tout ce qui se fait pour elles se réalise entre nous. Sinon les mères par la voix de Dora diraient ce qu'elles ont appris de la sagesse rwandaise : « Intimba y'intore ntiyibuza guhamiriza kandi ikizihirwa : *Le chagrin d'un bon danseur ne l'empêche pas de danser d'une manière performante* ». Cela pour dire que, même sous le poids de leur souffrance, elles n'arrêteront pas de fournir l'effort pour la survie, comme les valeurs d'avant le prescrivaient. Ainsi, nous abordons le thème des valeurs d'avant comme un autre pilier de la survivance.

3.8.4. Les valeurs d'avant

Parmi les piliers qui ont aidé les mères dans leur chemin de survivance, les valeurs d'avant sont à compter parmi les premiers. Elles sont nombreuses, nous ne dégageons que celles qui sont liées au regard porté sur l'enfant. Chacune de son côté témoigne de son endurance face aux épreuves de la vie post-génocide mais, face aux questions des enfants, les mères deviennent faibles. Cependant, personne ne peut fermer les yeux. Un devoir de remobiliser les valeurs d'avant est remarquable chez toutes les mères de cette nouvelle famille sociale. C'est par cet effort entre générations que nous avons pu être en relation avec Peace (Uwineza & Brackelaire, 2014). C'est à ce même effort que les mères font appel pour penser ensemble comment assister les jeunes mères qui se voyaient « *transformées en une autre personne* », suite à l'impossibilité de répondre aux demandes des enfants. C'est grâce aux valeurs d'avant que les autres mères ont lutté pour l'ouverture de l'espace « enfant ». C'était pour réagir aux demandes des mères pour leurs enfants et ceux des autres. C'est à partir de ces demandes que l'espace « mère » a généré l'espace « enfant ». Cidessous, certaines de ces demandes implicites où la réponse fait appel aux valeurs d'avant :

Quelle que soit la vie que l'on mène, il faut garder ses valeurs d'avant pour ne pas se mettre dehors ; pour le reste, j'avais pu, mais pour les enfants, j'ai peur que l'on dira : tiens ! Ce sont les enfants de la femme. (Dora)

Avant, ce n'était pas comme ça, l'enfant a été toujours le chef. Non seulement chez soi, mais aussi chez tout le monde. Les gens s'entraidaient (abantu batizanyaga amaboko) même pour l'éducation des enfants. C'est comme ça que mon amie dont je vous ai parlé m'a aidée dans les conflits similaires que j'ai eus avec mon fils. Nous devons suivre le modèle de nos parents. Ramenez tous vos enfants ici, nous serons toutes là pour eux. Ne vous souciez de rien, nous ferons comme chez nous, comme ça été depuis longtemps, même chez nous en famille l'ainé s'occupait des moins âgés que lui. Déjà mon fils sera là, il connaît tout ce combat que nous avons mené ensemble. C'était difficile, sauf Dieu qui a conduit la mère dont je vous ai dit, c'est elle qui m'a aidée à parler avec mon fils. Sinon, nous étions deux dans une même maison (pour dire divisés, en conflit qui fait régner un désaccord) ! (Maman Tito)

« Umwana n'umutware », l'enfant est lui le chef, malade ou non. Préservez-les d'entrer en conflit en se demandant pourquoi pas moi, pourquoi l'autre. Moi je suis seule dans la maison, mais je n'y ai jamais dormi toute seule, sans au moins un enfant d'un voisin. Comme c'était le cas dans le temps, les enfants de mes voisins font la rotation pour rester avec moi. Même la

journée, après l'école, les enfants du village passent chez moi un à un pour me dire bonjour. Ils courent vers moi et m'appelle : Maman, nous sommes là. Est-ce que tu as quelque chose à manger. (Rires) Ça pouvait m'arriver de ne faire même pas le feu. Mais depuis que ces enfants ont commencé à passer, un à un, je me suis sentie obligée par nos anciens de quitter le lit, bouger pour trouver la nourriture de ces enfants. Mon cœur se réjouit d'eux, je leur apporte à manger et je me sens aussi mère. [...]. Ce qui est étonnant, c'est que personne ne les a organisés. Les enfants sont venus vers moi, et j'ai dit : C'est Dieu qui n'oublie jamais les siens, il s'est servi de ses anges pour rappeler que je vis encore. Même leurs parents, quand ils trouvent que tel enfant n'est pas à la maison, immédiatement ils pensent qu'il est venu chez moi, et c'est ainsi... On vit comme ça, comme ceci, mais je trouve que je vis et je vivrai. (Aima)

Le premier extrait des propos nous a été adressé comme un des problèmes auxquels la plupart des mères font face à la maison. Nos pensées étaient loin de nous aventurer pour mettre en place un groupe de soutien des enfants, même si c'était un besoin. De commun accord avec les collègues locaux, nous avons décidé de ne pas initier quelque chose qui ne tiendrait pas. Les mères, conservatrices des valeurs d'avant et dont nous saluons la bravoure à ce sujet, n'étaient pas du même avis. Au moment où nous étions dans la logique de ce que nous avons appris sur le banc de l'école, – homogénéité quant au sexe et à l'âge, facilitateur qui s'y situe, outils adaptés, etc. – les mères de leur côté raisonnaient dans la logique ce que leurs parents et leurs grands-parents leur avaient légués : « *qu'aucun enfant ne manque de parent ; qu'aucun voisin ne meurt de faim ; qu'aucun des nous ne meurt de solitude* », comme le prescrivent les usages rwandais. Nous-même, nous avons entendu des mots pareils de nos parents. Même si la demande n'était pas explicite, les autres mères ont déjà senti la souffrance de leur paire. « *Enfant d'une femme* ». Si la souffrance est là et est visible, c'est déjà une demande. Même si la mère qui a manifesté cette souffrance n'est pas veuve, le fait de soulever la question *des enfants de la femme* devient une souffrance qui concerne toutes les mères présentes, principalement veuves. Nous avons l'impression que cette souffrance a été perçue comme quelque chose qui attaque de nouveau leur identité de femme. Ainsi, elles se sont mises ensemble pour s'entraider et mener une vie d'homme. Comme on peut bien le réaliser dans cette ambiance d'alors :

Et les petits ? Voyant que les mères se sont décidées à entreprendre une action gigantesque, intérieurement nos pensées s'attellent à la tranche d'âge des petits, et une des mères insiste :

Apportez tous les enfants, ne faites aucune séparation. Sinon, vous allez créer des questions du genre: « Pourquoi pas moi ? »

Une autre renchérit :

Même ceux des voisins, amis des vôtres ! Notre attention est mobilisée par les petits.

L'un des enfants de Dora avait seulement huit ans. L'expérience passée nous avait montré que les petits mobilisent beaucoup de ressources matérielles et humaines ; or, nous, nous n'en disposons pas.

En fait, nous avions à l'esprit que nous n'avions pas la possibilité de faire un tel travail, mais déjà, pour les mères, les moyens sont là et ce sont les valeurs d'avant. Il fallait simplement les remobiliser pour rendre leurs enfants, *les enfants d'un homme* qui aussi vont devenir des hommes plutôt que *les enfants de la femme*. C'est de cette façon que d'autres propos qui ont suivi ont apporté des réponses non seulement pour les enfants d'une seule mère hantée par les questions liées au VIH, à la raison pour laquelle certaines prennent les médicaments ou vont de temps en temps à la clinique, mais aussi pour tous les enfants en besoin d'un « chez soi ».

En fin de compte, nous dirions que les épreuves de la vie d'après génocide altèrent la conscience du sujet, sur fond de réactivation d'un « passé qui ne passe pas ». Quand ce passé est réactivé par les questions des enfants, l'endurance des jeunes mères n'arrive pas à les supporter longtemps. Sauf si l'on parvient à remobiliser les valeurs d'avant (Uwineza et Blackelaire, 2014) comme ces mères qui sont parvenues à reprendre courage pour s'entraider au sujet des enfants, grâce aux valeurs d'avant, conservées et/ou qu'elle tentent de restaurer, ou si les enfants eux-mêmes remettent en mouvement les adultes, comme nous le trouvons dans le dernier extrait des propos de cette mère, chez qui les enfants des voisins et ceux de nulle part ont réussi à transformer la maison en un chez eux. Les valeurs d'avant constituent un des piliers de la survivance dans ce sens qu'elles se résument à nos yeux à un entre nous, un chez-nous, que les mères ont tant réclamé et qu'elles ont fini par instaurer elles-mêmes.

Pour terminer avec ce thème des valeurs d'avant, nous voulons revenir sur les derniers propos énoncés par Aima. Ce sont ces propos qui nous introduisent aux deux autres thèmes qui nous restent, celui d'Imana (Dieu) et celui d'Enfant. On peut écrire longuement sur ses propos. Cependant, nous voulons seulement évoquer deux éléments : la réorganisation de la société après l'horreur irreprésentable et la mise en sens par la personne à cœur blessé. En ce qui concerne la réorganisation de la société, la famille d'Aima était presque éteinte. Pour revivre, elle ne s'appuyait pas que sur sa nouvelle famille AVEGA et les autres membres du groupe Entre-nous. La vie à la maison devrait aussi être *la vie* et non *la vie sans vie*. Pour ce faire, sans quelqu'un qui le planifie, voilà que les enfants, « *les seuls visages humains que possèdent l'humanité* » comme les qualifient les mères, se proposent de *réanimer* Aima. Un à un, l'enfant du voisin, un passant de nulle part, se rencontrent dans sa cour pour jouer, se taquiner, ils avancent vers la maison, même à l'intérieur comme les choses devraient aller normalement, ils demandent à manger, de l'eau à boire, quelquefois ils sollicitent sa présence pour trancher un cas de petits conflits entre eux. Un enfant pouvait même dormir, finalement ils font la rotation pour que la mère sans enfants en ait aussi.

C'est l'incompréhension chez Aima devant un tel geste non raisonné mais qui restructure sa vie positivement. Nous trouvons quant à nous en cette mère un réservoir des valeurs d'avant prête à recevoir ce don des enfants plutôt que de les considérer comme des intrus. Après l'horreur, qui restaure la vie ?, se demandait la personne au cœur blessé dans la voix d'Aima. Que ça soit devant la maladie, la calamité, l'horreur irreprésentable, la providence inattendue, toute personne tente d'y trouver un sens pour pouvoir l'intégrer.

Tout provient de deux forces surnaturelles. Si c'est mauvais, ça provient de satan, des démons, d'un voisin méchant qui envoûte. Si c'est bon, ça provient de Dieu ou de la bénédiction des ancêtres. Toutes les mères évoquent « la main de Dieu » pour survivre. Aima, mère tellement blessée pendant le génocide, isolée dans le contexte de son après, ne peut imaginer que cette générosité qui lui est accordée via des enfants provienne de l'ordre de l'humain. Pour sortir de ce paradoxe, elle attribue sa nouvelle vie à Dieu qui s'est servi de ses anges. C'est l'idée qu'elle partage avec d'autres mères, chacune à sa façon.

Dans ces propos, nous trouvons que l'enfant en soi est un pilier de la survivance. Mais nous lui accordons un thème qui lui est propre, vu la place, disons centrale, qu'il occupe dans cette thèse. Nous avons voulu attribuer ses propos au thème des valeurs d'avant pour souligner la position adulte d'Aima, en ce sens qu'elle s'en est servie pour servir l'enfant, tout en se servant soi-même. Avant d'aborder le thème de l'enfant, parlons un peu de l'au-delà à travers le thème d'*Imana* (Dieu), considéré comme pilier invisible de la survivance qui peut tout.

3.8.5. *Imana*, « lui seul peut tout »

Où était Dieu pendant le génocide ? Je me demandais si c'est le même Dieu qui a créé les génocidaires et les génocidés.

D'ailleurs j'avais rendu mon âme à Dieu. Pour qu'il me prête la vie pour mes enfants, qu'il m'épargne la douleur. Sinon, pour qu'il me laisse partir...

Nous avons eu l'impression que dans leur processus de reconstruction, la relation que les mères entretenaient avec Dieu est aussi une course vers la vie. Autour du double destin qui nous préoccupe, le génocide et le VIH, nous remarquons que les propos des mères considèrent Dieu comme l'être suprême qui devrait faire l'impossible pour l'homme, le contraire de ce que l'homme a fait pour elles. Le génocide ? C'est comme si Dieu n'était plus là. Certaines mères nous témoignent de cette confusion. Pour l'infection par le VIH/sida, elles se réfugient en Lui, prient principalement pour la vie des enfants. Quant à elles, c'est pour qu'elles soient épargnées de l'anéantissement. Certaines sont arrivées à ne plus croire en Lui, les autres ont commencé à douter de son existence, ou encore Le croyaient injuste.

Cette mère, quand elle parle du génocide et du VIH, ne se voit plus comme elle était :

Si j'ai changé, cela ne dépend pas de moi. Ça dépend de Dieu, je croyais en lui, même maintenant je crois encore, mais, il fallait qu'il pense aussi à ce qu'il fait ou ce qu'il a permis que l'homme réalise contre l'autre. Moi j'ai juré que je ne peux plus lui tourner le dos, car c'est lui seul qui peut tout, mais je ne retournerai jamais à l'église devant tous ces menteurs. S'il faut que je fasse autrement, que le même Dieu me pardonne, qu'il me donne la force et le courage, mais aussi, qu'il se pardonne d'abord de permettre des choses pareilles alors qu'il pouvait tout, puisqu'il me ramène dans le bon chemin.

Étonnement après l'annonce

... Ayiiii, qu'est-ce que Dieu nous a fait ? Qu'avons-nous fait pour être soumises à l'épreuve de la souffrance de la sorte ?

Quand les mères en parlent, c'est une façon d'exprimer le pire qui ne devrait pas leur arriver. C'est une façon de témoigner que ce qu'elles ont subi est insupportable. Dans ce contexte, le VIH/sida n'est en aucun cas considéré comme une maladie. C'est un autre coup. Le moment de l'annonce est à ce moment un nouveau coup qui s'ajoute au premier coup du génocide. Ces superpositions placent le survivant dans une position victimaire, qui parfois s'étonne quand une main lui est tendue

Étonnement face aux services rendus même mérités

(...). Seulement Ibuka peut m'aider, FARG paie le minerval pour les enfants, l'AVEGA m'aide pour les soins médicaux, ... voilà je suis heureuse, je suis sous traitement, je rends grâce à Dieu, c'est lui qui a tout arrangé, voilà qu'il a créé la famine et en même temps que les marchés (Imana itera mapfa ni nayo itera aho bahahira). (...)

On nous disait que Dieu nous a abandonnées. Je n'ai jamais cru à ça. Moi je voyais que les gens se sont mis au service de satan pour que par après, nous voyions la différence entre la bonté de Dieu et le mal. Sans Dieu, personne ne pouvait survivre (...). Maintenant je ne fais que chanter : où irai-je si ce n'est que vers toi, Dieu ?

Face au devoir de mémoire

J'irai à la place de mes proches, mes frères, mes sœurs, mes nièces pour que la tribu des Basinga ne meure pas. Je resterai debout et forte. Et Dieu me donne ce souffle de ne pas oublier.

Je jure au nom de Dieu que je n'oublierai jamais. Mais aussi je ne cultiverai jamais la haine dans mon cœur. Je suis survivante et je dois vivre, pas pour moi, mais pour les enfants. Seulement pour les enfants. Quel genre de mère serais-je si je commence à développer la haine ? Cette période est lourde pour nous, je prie le bon Dieu pour qu'il épargne les enfants, sinon nous, les adultes, nous sommes tourmentés par notre passé qui n'ira nulle part. Jusqu'à présent, Dieu nous donne le nécessaire, il m'a assistée, j'ai pu trouver le corps de mon frère, les autres que je n'ai pas encore trouvés sont ceux qui font monter la colère en moi, mais Dieu me calme, j'espère qu'ils ont été enterrés, même si je ne connais pas le lieu.

Renoncement face aux situations complexes

C'est ce qui s'est passé pour mes parents et bien d'autres personnes qui les ont cherchés avant. Où sont-ils ? Alors j'ai tout abandonné, je me suis décidée « sinzagwa inyuma y'inda » (je ne vais pas mourir pour le ventre), je vivrais comme Dieu le voudra !

L'endurance face aux situations complexes

(...) La patience n'est pas chose facile. Malheureusement, nous sommes condamnés à patienter. Il faut donc avoir la patience et ne regarder que Dieu.

Errance

Nous avons plusieurs choses auxquelles nous devons répondre. Quelquefois nous n'avons pas de réponses, nous n'avons pas de vie en nous (nta magara). Qu'est-ce que je peux faire ? Moi j'essaie d'organiser ma journée de façon que je ne sois pas seule. Seule dans la maison, si petite qu'elle devient toute une vallée sombre. Si les enfants de mes voisins ne viennent pas jouer chez moi, là les collines me voient, je sors de la maison, je viens vers l'AVEGA, je passe, je dis bonjour à telle, elle me demande comment je vais, puis la soirée approche, je prends le chemin de retour vers la maison. Le jour suivant je vais prier, avant je ne regardais même pas dans quelle église, Dieu est partout sauf chez moi.

Suicide

- *Je travaillais énormément dans les champs pour lui (à sa sœur) montrer que j'avais toutes mes forces. Mais intérieurement je me disais : « si Dieu pouvait permettre que je meure de ces travaux qui me dépassent. »*
- *Avant je priais comme si je devais quitter la terre immédiatement. Et c'est ça que je voulais. J'avais abandonné le traitement, je me suis mise à prier. J'avais dit à Dieu que je ne quitterais pas sa face sans me guérir ou m'emporter chez lui. Je me sentais fatiguée de tout. Fatiguée d'être considérée comme une malade du sida, on traite en nous le sida, le sida le sida... (agressive) je ne suis pas malade du sida, je meurs de la méchanceté.*

A la recherche d'un compromis avec soi et avec l'autre

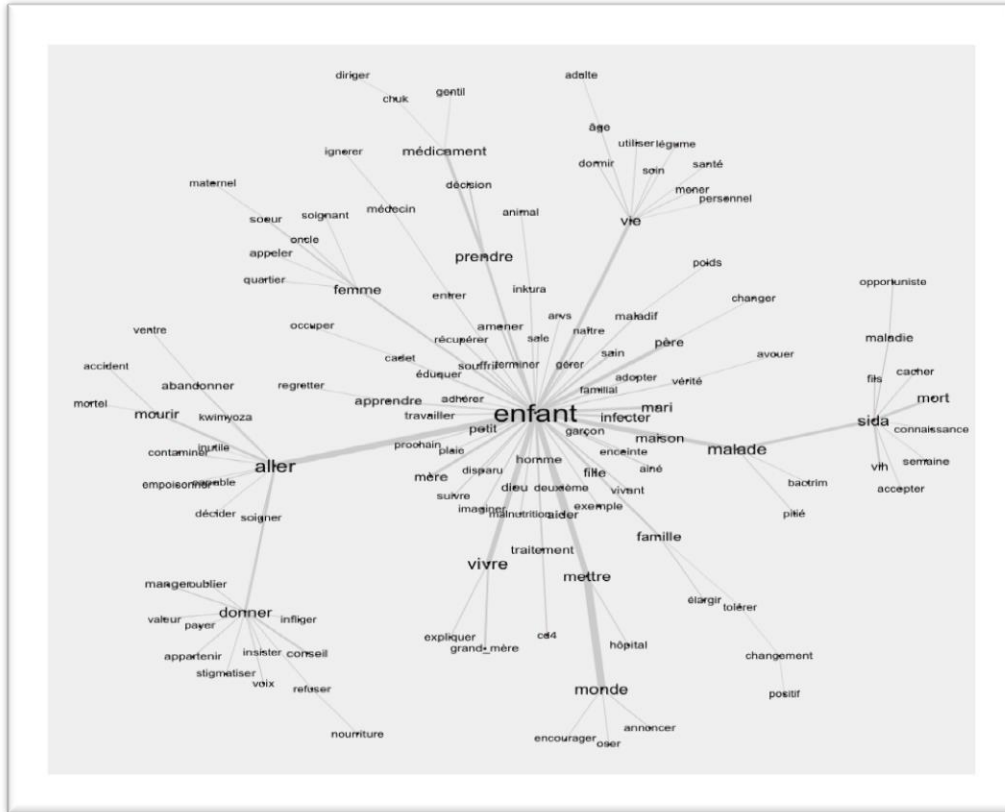
- *Voilà des questions que je me pose toute seule, chez moi, dans la rue, ici entre nous, toute seule. La réponse m'est arrivée, vous m'avez vue malade, froide, en tricot sous le soleil. Finalement, Dieu a fait des merveilles pour moi, je le remercie, il ne m'a jamais abandonnée dans toutes ces questions que je me posais, j'ai trouvé la réponse. (...) J'ai eu un enfant et grâce à Dieu, il est sain. (...)*
- *On se gardait de faire du mal pour leur honneur (des enfants). Voilà, nous avons pu gérer notre vie conflictuelle jusqu'à avoir tous ces enfants. Je remercie le bon Dieu qui les a tous gardés et qui les a épargnés de la maladie de leur mère.*

Imana est apparu à plusieurs reprises dans les propos des mères comme un des piliers de la survivance. En évoquant Dieu, les mères nous communiquent ce qui est au-delà de ces catégories où nous avons tenté de placer leurs propos. Nous avons eu l'impression qu'il s'agissait d'une façon d'exprimer l'impasse devant les responsabilités, la solitude devant les tâches multiples, l'obligation d'avouer leur maladie, *qui n'est pas une maladie comme celle des autres*, affirment-elles, pour bénéficier de l'assistance sociale offerte dans leur milieu. Bien que connotée comme « Maladie », au sens de s'approprier le terme de maladie comme nom propre pour désigner le VIH/sida, les mères n'acceptent pas le VIH/sida dont elles sont infectées comme une maladie, même si celle-ci continue à ébranler leur existence (Van't Spijker-Niemi, 2011) – réalité que les mères nous ont témoignée sous le terme

d'*amagara* pour dire l'intégrité de l'existence. Dans leur propre contexte, le VIH/sida est perçu comme une forme d'injustice, de cruautés infligées intentionnellement par l'homme, aussi bien à travers les paroles qu'à travers les actes (Godard, Munyandamutsa, Mutarabayire-Schafer, & Rutemesa, 2012), comme la déshumanisation de la mère au point de lui ôter son pouvoir créateur. Avoir recours à Dieu peut être considéré comme une sorte d'errance à la recherche de la vie, de l'espace où l'on parviendra à comprendre comment l'homme bascule de l'humain vers l'inhumain (Roisin, 2003), à la recherche des éléments vivifiants que l'autre peut procurer, mais l'*Autre* qui n'est pas comme les autres : celui qui peut réhumaniser. Ainsi devant l'impossible de l'humain, la force surnaturelle peut intervenir. Dans le présent contexte, les mères veulent nous communiquer que les hommes par nature ont pu montrer ce qu'ils sont capables de faire et leurs limites. Par conséquent, le même bras qui détruit ne peut pas en même temps construire. C'est pour cela que les bonnes actions sont attribuées à Dieu. Même si certains propos des mères autour de Dieu laissent entendre un renoncement à la vie sur terre, ce qui nous a fait penser à une forme de suicide, nous avons l'impression que la dimension de la recherche de la vie prime sur la dimension de la mort. Il nous semble que les mères, se voyant dépassées, dans l'impossibilité de persévérer, accablées par leur quotidien, aspirent à une autre forme de vie qu'elles croient meilleure. Pour elles, si elles existent encore, c'est que le bon Dieu leur prête le souffle pour que les enfants vivent pleinement. Ainsi, les enfants apparaissent aussi comme un des piliers de la survivance pour les mères. Comme nous leur avons réservé tout un chapitre, nous abordons en peu de mots comment ils servent de pilier à leurs mères.

3.8.6. *Enfant, « un des colonnes vertébrale de ce qui fait l'humain »*

L'enfant apparaît dans les propos des mères comme le pilier le plus important de leur survivance. Elles ne parlent fréquemment que d'eux. Elles nous ont affirmé que ce sont eux qui les font vivre, qu'ils donnent sens à leur vie. On a pu le lire à certaines pages de cette thèse qu'il n'est même pas question d'âge pour être nommé enfant. Même celles qui sont déjà mères sont appelées enfants par d'autres mères d'une autre génération. À l'exemple des trois séances à chaque temps de terrain, nous avons constaté que l'enfant se mettait au centre de toute conversation.



Sources : Tiré des trois séances des trois temps de terrain, analysées par le programme Iramuteq.

C'est autour de lui que les activités de la mère s'organisent, que la mère se met en mouvement, qu'elle revit. Vu l'importance que les mères ont accordé à l'enfant, nous lui avons réservé tout un chapitre pour interroger son statut paradoxal d'après génocide. Dans ces lignes, nous mettons simplement en évidence la place qu'il a dans la survivance de la mère au point de générer son propre espace. Pour la mère, la reconstruction psychique n'est possible qu'à travers l'enfant, pour la mère, et pour l'enfant. Les propos de ces mères le justifient :

Ni moi ni mon mari, personne n'a plus de tracas lié à ce qui nous est arrivé. Le seul fardeau que nous avons, ce sont nos enfants. Les trois sont sous traitement à l'insu des autres. Eux-mêmes ne savent pas pourquoi ils prennent ces médicaments tous les jours. Quand ils commencent à me poser des questions, je leur dis simplement que ce sont les conséquences du génocide. Quand ils insistent, tous les démons de l'enfer se coalisent contre moi. Et dans ce genre de situation, je ne sais plus quoi faire. Je me dis que tôt ou tard, je vais devenir folle. [...].

(....) Je parle de moi-même. Je me disais qu'il faut rester digne et travailler, s'aimer et aimer les autres, travailler pour les enfants, afin qu'ils puissent faire des études, tout en sachant que c'est leur seul héritage. C'est d'ailleurs pour cette raison que, pendant le reste de mes jours, je ne focalise que sur eux. Aux questions qu'ils me posent, ils ont hâte d'obtenir des réponses. Mais comment ? Qui le fera à ma place ? (...). Je me dis que ce n'est pas aisé, pour une mère ou pour un père de famille, de leur expliquer pourquoi on n'a pas de mots précis. Telle est ma seule préoccupation.

(...) Je suis un jour allée plus loin dans les pensées jusqu'au point de me suicider. Je dirais que je ne l'ai pas fait à cause de mes enfants. C'était avant... avant... j'étais gravement malade.

On lit dans les propos de ces mères que les enfants constituent une de leurs raisons de vivre, comme nous l'ont témoigné la plupart des mères. Chacune des mères avec ses enfants ou avec ceux des autres évoque une réalité singulière.

La première nous partage la réalité qu'elle vit avec ses enfants, les uns infectés par le VIH, les autres affectés, tous ensemble « troublent » les parents par les questions. Quand cette mère nous partageait qu'elle n'a plus de tracas lié à la maladie, nous avons compris qu'il s'agissait plutôt d'une interpellation pour que ces derniers ne continuent pas à poser des questions qui la replongent dans le chaos traumatique. La mère évitait de se remémorer comment elle fut blessée dans toute son intégrité au point d'assister à « la destruction » de sa descendance. Elle n'a qu'une seule réponse : « ce sont les conséquences du génocide ». Face à cette unique réponse, on ne peut que déposer cette assertion qui tente d'approcher le sens d'un génocide. C'est une atteinte individuelle, par la destruction du sentiment d'appartenance à l'humain, par la destruction de la descendance, en attaquant le ventre des femmes, et de son ascendance, en détruisant jusqu'aux tombes. C'est aussi une atteinte collective, par la destruction du groupe, de ses traditions, de sa langue, de sa culture, de ses liens (Godard, 2004, p. 7). Avoir été infectée dans le contexte du génocide, mettre au monde des enfants infectés et affectés est l'une des conséquences de ce génocide qui s'inscrit dans l'ordre de l'anéantissement de la personne, de sa famille et de toute la société.

Dans les propos de la deuxième mère, on perçoit les valeurs d'avant transmises oralement et que Kagame (1959) et Galabert (2012) ont détaillées. Ce sont ces valeurs que nous avons proposé de remobiliser, et par les adultes d'hier, et par ceux d'aujourd'hui pour les adultes de demain (Uwineza & Brackelaire, 2014). La mère nous témoigne un besoin de secours quand elle demande qui va donner une réponse à sa place aux questions que les enfants lui posent. On ne peut penser qu'à la transmission transgénérationnelle avec tous les enjeux qui se mettent en place dans ce processus complexe, comme par exemple la création des espaces qui vont favoriser la symbolisation pour pouvoir se représenter l'irreprésentable (Uwineza & Brackelaire, 2014 ; Faúndez, Cornejo, & Brackelaire, 2014 ; Coopman & Janssen, 2010 ; Coopman & Janssen, 2014 ; Altounian, 2012).

C'est des propos de ce troisième cas de figure que l'on peut déduire que l'enfant est l'une des colonnes vertébrales de ce qui fait l'humain. Dominée par des idées suicidaires,

alitée par sa maladie, elle reprend la force de dire non à la mort, car elle doit vivre pour quelqu'un d'autre. De nombreux récits des mères survivantes nous ont témoigné qu'elles retrouvent le goût de vivre à travers leurs enfants, car c'est avec eux qu'elles se voient encore utiles.

Tous ces propos ne nous renvoient qu'au réel de la mort génocidaire, particulièrement celle qui a été destinée aux mères avec qui nous avons travaillé. Nous voulons dire celles à qui on a infligé intentionnellement la maladie chronique après la torture subie pendant le génocide. Leurs traumatismes sont là, impalpables (Godard, 2004), mais à travers les symptômes qui se conjuguent, et que certaines nous cachent en nous rassurant qu'elles n'ont plus de tracas, que tout va bien, ou simplement par le silence, nous comprenons que ce qui prime, c'est l'enfant et pas elles. Nous en déduisons simplement qu'il faut dès lors s'approcher peut-être de l'enfant pour qui elles posent une demande, pour enfin s'approcher de l'enfant qu'elles étaient, qu'elles redeviennent de temps en temps. Cette assertion énoncée dans les années 1913, reste d'actualité : « Nous les adultes, nous ne comprenons pas les enfants, parce que nous ne comprenons plus notre propre enfance. Notre amnésie infantile prouve à quel point nous lui sommes étrangers » (Ferenczi, 2006, p. 17).

Avant de conclure, nous dirons que les enfants dont les mères nous parlent sont d'une part infectés, d'autre part affectés. La mère, mise au centre pour la question de transmission qui s'impose dans ce contexte, se voit obligée d'affronter une réalité qui lui coûte cher, car elle suppose la réalité génocidaire et celle qui entoure le contexte d'infection. Voilà donc la source de l'effondrement de la mère devant le devoir de transmission. L'ouverture de l'espace « enfant », qui s'est ensuivie, n'a pas été conçue pour faire ce que la mère aurait dû faire, mais pour comprendre les enjeux qui régissent cette tâche complexe.

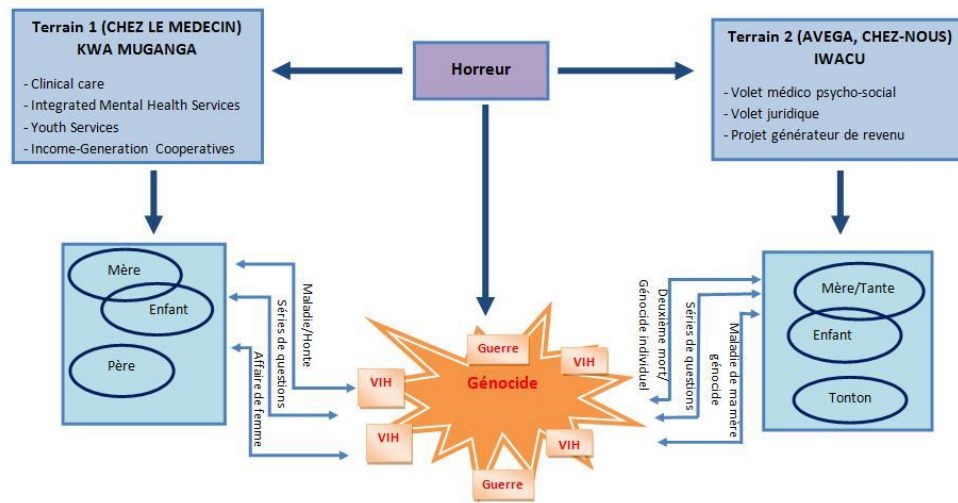
3.9. Conclusion

Pour conclure ce chapitre, le travail de terrain nous aura laissé voir qu'au Rwanda le génocide a scindé le temps en deux temps : le temps d'Avant et le temps d'Après, qui sont séparés par le trou béant et noir du « Pendant » ; ce « Pendant » constitue le réservoir des souvenirs d'alors qui imposent aux mères une vie sans vie. Ainsi, comme nous l'avons démontré, l'élaboration d'un récit traumatique requiert, chez le sujet, une énergie qui lui permet de traverser ce gouffre. Cela n'est possible qu'après un travail de musculation du moi du sujet (Cyrulnik, 1999) qui ne peut se faire qu'à Entre-nous.

Un autre constat qui se dégage est que, pour le survivant, son quotidien s'organise en fonction du contexte du pays, qui détermine le rythme de la vie en deux temps : on remarque que l'on peut déterminer un temps de normalité et la période commémorative, où des débordements patents sont perceptibles, surtout lors des premiers moments du dispositif. La dynamique du groupe va de la phase d'hésitation à la phase de cohésion fusionnelle. C'est dans cette deuxième phase que se sont produits des moments forts qui ont été à l'origine de l'initiation d'autres actions, telles que la création de l'espace « enfant ». Puis finalement la troisième phase fut celle de la différenciation, phase pendant laquelle la

mère se distancie du collectif, lequel ne disparaît pas complètement. Une telle dynamique nous a permis de travailler en conséquence. C'est ainsi que les séances pré-commémoratives ont été élaborées pour procurer aux mères l'énergie psychique afin de pouvoir commémorer sans en être malades. Comme on a vu que les piliers de la survivance leur servent d'appui, un sevrage progressif par l'espacement des séances groupales a eu lieu. Des séances de ressourcement sont à recommander pour que les mères ne sombrent pas à nouveau dans la solitude.

Plusieurs éléments constituent les piliers de la survivance. Paradoxalement, il y a des mères qui, épuisées, sont fortifiées par les épreuves. Dora, par exemple, épuisée par la mémoire du génocide, se ressource en même temps dans la mémoire des valeurs d'« avant » (« *rester digne, s'aimer et aimer les autres* »). Comme d'autres mères, elle puise aussi, à petites mains, dans la mémoire vive des valeurs d'« après » pour survivre. Les voilà par exemple dans ce travail d'élaboration, qui se fait d'abord collectivement dans un groupe bien enveloppant et qui offre à ses membres la possibilité d'être 'un ayant droit', puis chacune individuellement prend le relais. C'est à notre avis autour de ces deux moments que peut s'organiser le processus de reconstruction qui offre à la mémoire individuelle l'opportunité de se déployer en s'appuyant sur la mémoire collective qui lui sert de ce cadre contenant qu'est sa communauté. Comme l'affirme Waintraiter (2003, p. 92), « cette communauté est très importante pour les survivants et c'est sur elle qu'ils s'appuient pour évoquer ce qu'ils ont vécu ». Les mères avec qui nous avons travaillé ont réussi à se créer une nouvelle communauté à la clinique, qu'elles idéalisent au point d'en faire une famille. Alors que pour les autres patients « se rendre à la clinique » signifie communément « aller chez le médecin » (*kwa muganga*), pour les mères « se rendre à la clinique », c'est « aller chez le médecin », mais c'est aussi « aller chez nous (*Iwacu*) », ce qui est hyper idéalisé. Nous résumons sur cette figure qui suit, l'ambiance qui règne entre les mères avec qui nous avons travaillé par rapport aux autres patients que nous avons connus antérieurement, représentés par ceux qui ont fait l'objet de nos entretiens évaluatifs.



Terrain 1 : Chez le médecin – Terrain 2 : Chez-nous

Dans le contexte de notre recherche-action, cette communauté que les membres ont construite souligne l'aspect entre générations lors de cette action reconstructive. Chacun à sa guise a contribué à la reconstruction de l'autre. Qui est cet autre ? Les mères de générations différentes présentes dans le groupe ? Les facilitateurs, aussi de différentes générations, ou les enfants que redeviennent les mères, ou ceux d'elles-mêmes et des autres, pour qui les mères se donnent des responsabilités qui leur accordent encore l'impression de se sentir utiles et vivantes. Toutes les voies, certaines non directement liées à ce dispositif, ont été fortement impliquées pour la co-construction psychique de moi et de l'autre. Ceci justifie l'impossibilité de travailler dans l'homogénéité ; la richesse du travail singulier a su exploiter cette hétérogénéité entre-générationnelle pour co-produire un Entre-nous qui offre à toutes les personnes les possibilités d'émerger d'une *vie sans vie* et de se définir progressivement en tant que « Je ».

Pour terminer cette partie, et en ouvrir une autre qui lui est étroitement liée, disons qu'après la réalité qui entoure le génocide, dont les viols et la transmission intentionnelle du VIH/sida, le survivant ne vit plus. Il survit, ou essaie de re-vivre (Mujawayo & Souâd, 2004 ; Altounian, 2000 ; Waintraiter, 2003). Sans oublier qu'il nous adresse chaque jour des mots du genre, « *vous ne pouvez pas savoir* » ; « *personne ne peut comprendre ce qui nous est arrivé, à moins de l'avoir vécu lui aussi dans sa chair* » (Roisin, 2010, p. 164), les résultats issus de l'espace « mère » nous témoignent qu'elles cherchent sans cesse des piliers sur lesquels elles peuvent s'appuyer pour poursuivre le processus de leur reconstruction psychique. Un des piliers sur lesquels elles s'appuient est l'enfant. Ainsi, l'Entre-nous des mères ouvre un autre espace, pour enfants.

Chapitre IV.

Chez-nous : espace « enfant »

4.1. Introduction

Les chapitres précédents préparent l'accès à l'espace dit « Enfants ». Tout particulièrement, les passages qui se résument autour du concept d'enfant, pilier de la survivance, l'*une des colonnes vertébrales de ce qui fait l'humain*. Les résultats issus de l'espace « mère » précisent le rôle de l'autre, celui d'une autre génération, d'un autre parent, d'un autre adulte, etc. Pour être différent(e), cet(te) autre n'en est pas moins utile dans la (re)construction de l'identité du sujet-jeune, qui se retrouve « sans origines », « sans histoire » (Uwineza & Brackelaire, 2014).

Dans cet espace appelé Chez-nous, pour reprendre le vocable des enfants qui s'y rencontrent, les situations cliniques auxquelles nous avons été confrontée nous interpellent. Aussi faut-il s'interroger sur le statut de l'enfant dans le contexte de l'après-génocide. Avant de décrire ces situations, il convient de décrire cet espace, qui a émergé à partir de celui des mères, connu sous le vocable englobant d'Entre-nous. Les deux vocables sont prononcés de façon récurrente, dans les propos des uns et des autres. C'est au point qu'ils finissent par devenir des noms propres qui reflètent la conception que l'on a de ces espaces respectifs qui sont devenus des concepts opératoires, levier qui donne à notre travail de recherche sa particularité, sa spécificité, sa singularité, son unicité. Dans le présent chapitre, les propos qui sont développés suivent trois axes.

Nous abordons, en premier lieu, la genèse ou le contexte dans lequel l'espace « enfant » prend naissance. Nous décrirons les caractéristiques liées à ce dispositif. Nous indiquerons ensuite la procédure à laquelle nous avons eu recours pour intégrer « les enfants » dans cet espace. C'est en quelque sorte une précision méthodologique propre à cet espace. Enfin, le vocable Chez-nous sera exploré, pour désigner l'espace « Enfants. » Les trois temps ouvriront sur les points saillants des résultats auxquels cette recherche-action aura abouti, au départ de cet espace.

4.2. Genèse du groupe d'enfants

Les mères survivantes qui, outre l'expérience traumatique liée au génocide, sont aussi infectées par le VIH, ce qu'elles ont appris après-coup, sont les premiers acteurs, porte-parole d'elles-mêmes et de leurs enfants. La démarche ainsi adoptée par eux aura permis tout à la fois de nous éclairer sur leur propre vécu, de mettre en place l'espace « enfant » et de contribuer à leur prise en charge. Autrement dit, la dynamique de l'espace « mère », *Entre-nous*, dans un contexte d'auto-apprentissage à partir des problèmes qui émergent, a justifié la mise en place d'un espace pour enfants.

Chemin faisant, l'accent sera mis sur la vitalité du sujet concerné par le problème. Ce dernier, étant l'acteur placé au centre de la production de la connaissance dans les recherches qualitatives (Mucchielli, 2011), nous ne pouvions pas ne pas répondre à sa demande d'accompagner son enfant. Dès notre premier temps de terrain, en effet, nous avons placé l'acteur au centre de notre recherche-action. Il a toujours été considéré comme « sujet agissant, instituant, capable, en même temps, de conscience et de transformation » (Pierre Paillé, cité par Mucchielli, 2011, p. 4). Voilà ce qui nous a guidées dans l'initiation des différentes actions entreprises pour atteindre la finalité envisagée. Chaque action se mettait en place chaque fois que le besoin en était exprimé et que les moyens étaient disponibles. Ainsi, le besoin d'initier les actions liées aux enfants s'était déjà manifesté dès notre premier temps de terrain, dès notre séjour entre septembre 2011 et avril 2012, à travers les échanges avec les parents. Mais à l'époque, il n'y avait pas moyen de combler leurs attentes. Le même besoin se faisait toujours sentir lors de notre deuxième temps de terrain (septembre 2012-avril 2013). Les mères ont exprimé le besoin d'être assistées, surtout par rapport à ce qu'elles appellent, par euphémisme, « *la maladie* », celle avec laquelle vivent les mères, celle dont l'enfant est infecté, et par laquelle il est affecté.

Pour les mères, « *les questions des enfants sont comme un marteau sur la tête* », « *la neutralisation de tous les efforts* ». Aussi se sentent-elles dans « *l'incapacité, voire dans l'invalidité, paralysées dans leur être* », comme nous l'avons déjà souligné dans le chapitre précédent. Cependant, leur regard bienveillant est toujours orienté vers l'enfant, qui constitue leur « *raison d'être* », le « *pilier de la survivance* », qui les rappelle à leur engagement, à leurs devoirs, à leurs nouvelles responsabilités et, par conséquent, à leur utilité. Au cours d'un de nos échanges avec lui, Jean-Luc Brackelaire a souligné le fait que l'enfant est « l'une des colonnes vertébrales de ce qui fait l'humain ». On dirait que les mères veulent vite réparer, et à tout prix, ce que l'inhumain du 20^{ème} siècle a détruit au Rwanda. En témoignent les propos issus des entretiens destinés à évaluer les actions entreprises pendant notre premier temps de terrain auprès des parents et auprès des soignants :

Ces femmes parviennent à bien gérer leur souffrance, elles pourront même intégrer leur statut sérologique, mais alors ce sont leurs enfants qui gâchent tout... surtout quand ils refusent le traitement, ou inondent leurs mères ou des tutrices de questions... Figure-toi que pour certains, il n'y a même aucune relation familiale... S'il y avait moyen de faire quelque chose pour eux. (Co-animatrice pendant le temps post-groupe).

Ni moi ni mon mari, personne n'a plus de tracas lié à ce qui nous est arrivé. Le seul fardeau que nous avons, ce sont nos enfants. Les trois sont sous traitement⁸⁹ à l'insu des autres. Eux-mêmes ne savent pas pourquoi ils prennent ces médicaments de tous les jours. Quand ils commencent à me poser des questions, je leur dis simplement que ce sont des conséquences du génocide. Quand ils insistent, tous les démons de l'enfer se coalisent contre moi. Et dans

⁸⁹ « Être sous traitement », « *Kuba ku miti* » pour utiliser le langage de notre interlocuteur, n'est pas un état anodin dans le langage des personnes vivant avec le VIH. Cela traduit une étape significative de l'activité du virus dans le corps et n'est pas sans impact psychologique et/ou psychiatrique chez le sujet, comme nous l'avons souligné dans les chapitres précédents.

ce genre de situations, je ne sais plus quoi faire. Je me dis que, tôt ou tard, je vais devenir folle... Avant, ce n'était pas si lourd... Maintenant, je n'en peux plus... ma fille aînée ne veut plus aller à l'école ! ». (Dora, mère de cinq enfants)

La seule chose qui fait tout remonter, c'est quand ma fille me lance des paroles, sans même se rendre compte de tout le voyage pénible que je fais : des montées dans les montagnes, et des descentes dans les vallées, pour en arriver là où nous sommes... Elle donne un mauvais exemple à mes autres enfants et à ceux de mes voisins qui ont l'habitude de passer le temps chez moi. (Ange, mère de trois enfants)

Si tout ce que vous faites pour nous pouvait aussi se faire pour les enfants.
(Concilia, mère de deux enfants)

Faites de même pour nos enfants. Peut-être la paix pourra régner.
(Gratia, mère d'un enfant)

À Rwamagana à l'Est du pays, les moyens n'ont pas été disponibles en même temps qu'à Kigali, dans la ville où siège l'association, pour mettre en application ce que les mères demandent pour leurs enfants. Par exemple, à Kigali, les frais de transport étaient remboursés aussi bien pour les mères que pour les enfants. C'est d'ailleurs pour cela que les groupes de mères ont démarré à une fréquence régulière de deux fois par mois. Celui des enfants fut aussi régulier sauf qu'il fallait attendre la période des vacances tandis qu'à Rwamagana, les séances se faisaient à la fréquence d'une fois par mois. Non seulement c'était loin de nous, mais les participants venaient aussi de loin et devaient se débrouiller pour y arriver. Le seul arrangement fut de réaménager leur rendez-vous pour que la prise des médicaments se fasse à la même date que la séance groupale. Dans un tel contexte de terrain, nous avons toujours hésité à lancer des actions pour les enfants, de crainte que cela ne tienne pas longtemps.

Finalement, au moment opportun, à Kigali, l'espace des enfants est mis en place. Comme pour leurs parents, les frais de transport sont remboursés. Les séances se déroulent autour d'une boisson désaltérante et quelquefois se clôturent par un repas pour tous. Notre précaution dans l'initiation de cet espace est toujours centrée sur la reformulation de la demande exprimée d'une façon vive et pressante par les mères :

Je crois que ce serait facile. Comme vous avez procédé pour nous, faites de même pour les enfants. Nous sommes prêtes à leur céder la place, comme c'est difficile de trouver une pièce libre ici...

Nous déduisons, simplement, de ces propos que le besoin de prendre en charge aussi les enfants est ardent, pour compléter les soins aux mères. Cela confirme les balises de Munyandamutsa (2001, pp. 17-18), au sujet de ce qui peut nous être utile dans l'aménagement d'espaces reconstructifs. Il atteste que le mal chez un individu est signe d'un message douloureux adressé à la famille et au village. Ainsi, soigner signifie impliquer toute la famille, et parfois même le village. « Il s'agit, le plus souvent, d'une forme de psychothérapie groupale, pour remettre les tabous et les interdits à leur place

appropriée ». Cette procédure a pour but de reconstruire la famille, au triple sens individuel, groupal et social : la création reconstructive s'étend de l'individu à la famille, puis sur toute la colline et, par extension, dans toute la communauté à travers les premiers bénéficiaires et en même temps acteurs dispensateurs réunis dans l'unité familiale.

Revenons à ce qui concerne l'insistance des mères à céder la place à leurs enfants. Il fallait éviter un piège : lâcher immédiatement les parents au bénéfice des seuls enfants. Nous avons au contraire considéré leur demande, tout en gardant opérationnel le dispositif mis en place pour les parents. Pour nous, l'espace « enfant » n'est pas un autre dispositif, un dispositif à part, ni un lieu où on a fait ce que les parents auraient dû faire ; c'est plutôt le même dispositif qui se cherchait, construit et trouvé ainsi, dans l'objectif de considérer le sujet sous toutes ses facettes : personnelle, familiale et communautaire.

La demande formulée par les mères est en réalité pour l'enfant et, en même temps, pour le parent. Ce dernier souligne aussi en fin de compte que l'enfant est le Rwanda de demain. Le prendre en charge revient finalement à prendre en charge celui qui lui sert de modèle le plus proche, sa mère. Ajoutons qu'au sein du cercle familial, dans notre logique de réflexion, le rôle crucial est assumé par la mère, et c'est elle qui est le plus visible. Pour ne pas l'abandonner avec des charges et des responsabilités qui dépassent les limites de ses possibilités, l'espace « enfant » a été mis en place pour l'épauler. Il faut signaler d'emblée que dans ce dispositif, une seule femme a encore un mari. Ce qui nous oblige de temps en temps de parler de parents au lieu de mères seulement. Mais nous invitons notre lecteur à se représenter que les rencontres conçues pour les parents n'ont rassemblé que les mères. Le dit homme s'est présenté uniquement pour une, et une seule, séance particulière, celle du début de l'espace d'enfants à l'un des deux sites.

Nous l'avons indiqué dans les chapitres précédents, notre lecteur se rappellera le contexte familial dans le Rwanda post-génocide. Rappelons le fait que le « parent » assume d'énormes responsabilités sur son enfant, que cet enfant est aussi « celui de tout le monde, de personne, de partout et de nulle part » (Uwineza & Brackelaire, 2014). Rappelons également que l'enfant n'est pas ainsi appelé en raison de son âge, ni en référence à ses parents biologiques. Cette considération étant faite, rappelons aussi que dans la présente recherche-action, se servir du parent pour accompagner l'enfant revient, réciproquement, à se servir de l'enfant pour épauler cette femme, cette mère qui s'est engagée dans l'action d'assistance à l'enfant. Cette conception n'est pas loin de ce que Janssen (2012), en reprenant Françoise Dolto (1984), suggère aux cliniciens pour enfants et aux thérapeutes d'adultes :

[...] si les cliniciens pour enfants se doivent, ou se devraient, de travailler également avec des adultes pour mieux percevoir le devenir des enfants qu'ils traitent, sans doute les thérapeutes d'adultes devraient-ils recevoir des enfants, et donc apprendre à le faire, dans le but de se confronter plus radicalement à l'infantile des adultes qui les consultent.

Face à cet adulte de demain, qui se cherche dans la construction de son identité par rapport à la problématique de se (re)trouver, après l'expérience de se perdre (Klein & Brackelaire, 1999) ou d'être perdu, d'intégrer le chaos perpétré par l'adulte d'hier, notre

stratégie n'a été autre que d'offrir, à cet enfant, un espace de création pour se définir et se construire progressivement comme adulte à travers le produit artistique issu d'interactions entre les membres si hétérogènes de générations différentes, qui composent l'espace qui a été conçu pour lui.

4.3. « Chez-nous » pour désigner l'espace « enfant »

Je me souviens bien quand j'étais encore enfant, enfant qui pouvait suivre les autres au pâturage, celui qui pouvait garder les veaux, je me souviens de tout : chez nous, ... en famille, ...à la maison... La vie était encore la vie. Dans le temps, chez nous, à l'aube, dès le lever du soleil, c'était un moment de ranger les pots à lait, le moment de traire les vaches. Quand le soleil arrivait au zénith, c'était bien le temps pour nourrir les enfants. Au coucher du soleil, c'était le temps de ramener les veaux à l'étable, avant que les vaches n'arrivent. On devait allumer le feu au foyer pastoral, pour les vaches. La fumée qui en émergeait chassait les mouches, et les vaches étaient tranquilles, on pouvait alors les traire... Chez nous, il y avait du lait pour les enfants, y compris ceux des voisins. Maintenant... vous devinez ce à quoi je songe. (Tina, Mère de 2 enfants)⁹⁰

Nous avons déjà entendu le vocable chez nous dans les propos des parents, quand ils évoquaient leur enfance, comme le lecteur le voit dans les propos par lesquels nous ouvrons ce paragraphe. Mais, en le situant dans le contexte dans lequel il fut émis, cela ne nous disait pas directement grand-chose en ce qui concerne les jalons sur lesquels est fondé le dispositif que nous étions en train de mettre en place.

Après avoir accordé une valeur au concept d'Entre-nous pour désigner l'espace des parents (mères), nous avons été fortement inspiré par Jean-Luc Brackelaire pour accorder la même valeur au concept de Chez-nous. Lors de nos échanges autour des actions entreprises et sur celles à entreprendre dans le cadre de cette recherche-action, il nous a incitée à « *être attentive même sur ce qui peut apparaître comme petit détail insignifiant. Cela est souvent important et le plus significatif.* » Depuis lors, les propos autour de ce concept de Chez-nous déjà émis résonnaient encore en nous, et ce n'est que progressivement que nous en avons vraiment saisi le sens quand ils ont été émis aussi bien par les parents que par les « enfants ».

Une mère venue de l'Est nous aura aussi finalement aidée à comprendre. Elle réagissait alors à la question de l'organisation de l'espace « enfant » quant à l'hétérogénéité en raison de l'âge et du sexe : « *Laissez tous les enfants venir discuter entre eux ; les plus âgés vont se charger des petits. N'en a-t-il pas toujours été ainsi, chez-nous, en famille ?* »

Sur ces entrefaites, toujours à l'Est où les enfants se réunissaient dans le même espace que les parents, voilà qu'un des enfants tente de révolutionner les choses, en corsant le

⁹⁰ Une des mères remonte dans son enfance pour prendre conscience du péril de son présent et des difficultés d'envisager l'avenir dans l'après génocide. Elle fait allusion au rituel de se rappeler les heures fixes pour la prise de son traitement à vie. Un rituel qui a pris la place de toute une série de rituels autour des travaux du bétail et des repas des enfants, signe de prospérité, aisance, chez soi, une VIE en un mot. Celle-ci a cédé place à « *une vie sans vie.* »

même concept. Les autres rebondissent sur l'idée, abondant dans le même ordre d'idées que lui, en faisant allusion à la façon dont les choses se déroulaient chez eux, en famille. « *Pourquoi ne pas procéder de la même manière ?* » Chemin faisant, le concept se décante, se précise. Les enfants réclament quelque chose de significatif, quelque chose qui fait sens pour eux : être et se sentir chez-soi, avec les siens. Cela n'est nulle part ailleurs qu'en famille. Chez-nous : le concept fait à tel point sens que nous en sommes séduite.

On comprendra que nous avons développé toute notre capacité d'attention sur le concept opératoire du Chez-nous des jeunes. Le fait de l'évoquer, chacun à tour de rôle, n'était plus pour nous insignifiant. Ils réclamaient quelque chose de significatif. Chaque fois que ce concept de Chez-nous fut émis par les enfants, il ne passait plus inaperçu et l'on est arrivé à lui accorder ainsi la même importance qu'à l'Entre-nous de leurs parents. Ainsi donc, le concept opératoire s'est décanté de la gangue verbale qu'on lit :

Comme chez nous, en famille, les parents discutent les choses des adultes, travaillent de leur côté, pendant que les enfants jouent ou font autre chose dehors ensemble. Ils ne font appel aux parents que quelquefois, ou même pas, surtout quand ils sont sages, ou qu'ils s'en sortent... Chez nous, il arrive même que l'on demande au plus âgé de trancher des différends entre les plus jeunes que lui, sans en appeler tout le temps les parents.... C'est comme ça chez nous.

(Shema, 17ans)

C'est une bonne idée de nous réunir ici chez nous. Mais moi je trouve qu'il vaut mieux de procéder réellement comme chez nous à la maison. Normalement, chez nous en famille, il y a des moments où les enfants sont à part et les parents à part. Il y a aussi des moments où les enfants et les parents peuvent se rencontrer et discuter. Pour que je puisse me sentir chez nous, j'aimerais être avec des enfants, mes grands/petits frères et sœurs, et discuter à l'aise. Il se pourrait que l'on décide de faire appel aux parents, comme ça se fait chez nous à la maison... C'est mon souhait, qui peut ne pas être celui des autres.

(Tito, 19 ans)

Et les autres, l'un après l'autre :

Il serait mieux de venir ici chez nous seuls, pour nous sentir en paix.

Ça a toujours existé chez nous, que les enfants ne parlent pas de ce qui les concerne en présence de leurs parents.

Moi je pense que, de temps en temps, il peut y avoir des moments d'être ensemble avec eux, comme ça se fait normalement chez nous à la maison.

Faisons les choses comme nous les faisons d'habitude chez nous.

Je propose que nous soyons nombreux à nous rencontrer ici chez nous,... mais pas tout le monde, nous et nous seulement. Comme ça, il serait possible de nous sentir chez nous, et de parler de ce qui est à nous, sans personne d'autre qui n'est pas concernée, sinon, ça ne sera pas possible de se sentir à l'aise.

Faisons comme chez nous.

Rassemblons-nous ici chez nous. Mais,... nous, et nous seuls.

Depuis lors, nous avons commencé à être attentives à chaque site. Le concept de Chez-nous, qui suit celui d'Entre-nous, est fort présent dans les propos des enfants, et même des

adultes, quand ils évoquent leur enfance, ou quand ils se trouvent trop en état de régression psychique pour se situer sur l'axe du temps. Ils arrivent mal à articuler la temporalité : l'avant, avec ses bons souvenirs, le bien-être d'alors, le moment présent, qui freine le processus de projection vers l'avenir qui fait toujours peur. En combinant les deux concepts susmentionnés, qui font appel aux valeurs d'avant, telles qu'elles étaient structurées, nous avons pu construire définitivement la quatrième hypothèse. Nous l'avions pressentie dès les premiers mois de l'année 2012. Cette hypothèse est la suivante : « Les dispositifs de réparation sortent des limites de la clinique en sens institutionnel, pour être élaborés sur le modèle de la structure familiale. »

Le lecteur sera convié à la vérification de cette hypothèse dans la partie qui traite de l'évaluation du dispositif mis en place. Le dispositif d'intervention est bien amarré, composé désormais de deux espaces : l'Entre-nous des parents (mères), initié depuis septembre 2011, et le Chez-nous, à la maison (*iwacu/mu rugo*) des enfants, mis en place à partir des derniers mois de l'année 2012 à Remera-Kigali, et en peu plus tardivement en mars 2013 à Rwamagana-Est (Uwineza et Brackelaire, 2014).

4.3.1. Portrait de l'espace « enfant » Chez-nous

Les premiers concepteurs des groupes thérapeutiques soulignent l'importance du critère d'homogénéité. Celui-ci a été élargi par différents auteurs, qui ont rassemblé « les topiques individuelles » en groupe pour « l'édification d'idéaux communs » (Kaës, 2010, p. 20), en vue d'en faire un groupe (Bion, 1961 ; Anzieu, 1966). Dans le contexte qui est le nôtre, surtout pour le groupe des enfants, accéder à l'homogénéité par rapport aux facteurs sexe, âge, infection au VIH, était un rêve. Le travail de création devait également opérer à partir de la question de l'hétérogénéité. C'était bien évidemment aussi à partir de certains idéaux, tel l'« objet transitionnel de lien » pour qu'« il soit possible » (Janssen, 2012 ; Winnicott, 1975 ; Kaës, 2005) d'être ensemble à une fréquence décidée. Cela a enrichi nos données, issues des différences individuelles, du rapport du sujet à l'altérité et, beaucoup plus précisément, du rôle de l'« entre-génération » (Uwineza et Brackelaire, 2014). Ce que nous visions était la reconstruction psychique du sujet, en référence à un environnement familial « bon-récepteur » (Winnicott, 2010) pour *in fine* reconstruire le sujet, la communauté de base et par extension, la société tout entière.

4.3.2. Attention particulière à l'enfant

Arrivée sur le terrain d'AVEGA, notre attention a été retenue par la notion « d'enfant », notion fort présente et placée au centre de toute conversation. A plusieurs reprises, nous avons nous-même eu recours à ce concept dans nos dernières réflexions (Uwineza et Brackelaire, 2014 ; 2012), et tout au long de cette thèse les propos des mères nous poussaient à attirer une attention particulière sur l'enfant, autant que les mères le faisaient. Quelquefois, pour aller au-delà de l'inconfort dans lequel nous enferme le fait de l'utiliser

là où nous sommes convaincue qu'il ne s'agit plus d'un enfant par rapport à son âge, à sa position sociale et même à ses actes, nous utilisons, à sa place, une appellation beaucoup plus globalisante, beaucoup plus générale : « sujet jeune » ou « jeune génération » (Uwineza et Brackelaire, 2014). C'est cependant sans ignorer que le « général » n'existe pas. Le général n'est que la projection d'une réalité singulière évoquée simplement dans l'anonymat. Pour garder la conception de nos interlocuteurs, il serait mieux de prendre l'option d'écrire « enfant » en le mettant entre guillemets. Pour ne pas alourdir le texte, nous les avons sciemment omis, nous les gardons seulement pour désigner l'espace « enfant ». Avec cette appellation globalisante, on peut se dire que tous les paramètres de la réalité qui entoure l'enfant, l'adolescent, le jeune, bref, les trois concepts fondus en un seul, « enfant », y sont incorporés. Mais en même temps, on sent que l'on esquivait une évidence qui mérite d'être « historicisée et contextualisée » (Quentel, 1992 ; Quentel, 1989).

Les résultats qui suivent autour de l'enfant ne soulignent que la question de la responsabilité liée étroitement au droit et devoir de transmettre, entre les personnes d'entre générations, et la complexité qui entoure les nouveaux processus de parenté dans l'après génocide. Tout au long de nos analyses, on déchiffre comment la responsabilité de l'adulte détermine celui qui est nommé enfant. Nous le remarquons autour du thème qui interroge le statut de l'enfant dans l'après génocide.

4.4. Résultats issus de l'espace « enfant »

À Remera-Kigali, l'espace commence durant les derniers mois de l'an 2012. Pour le site de Rwamagana, les séances groupales avec les enfants démarrent au mois de mars 2013. C'est donc alors que nous croyons être à la fin des actions de terrain que nous avons affaire à des situations qui nous font remarquer qu'au contraire, nous ne venons qu'à peine de commencer, ou que le travail d'élaboration du trauma, pour certains cas, commence à s'extérioriser après plusieurs mois de travail interne. Les séances étaient programmées à la fréquence d'une fois par mois. À Kigali, il fallait absolument attendre la période de vacances. Certaines rencontres ont eu lieu pendant notre absence du terrain. Nous analysons les données recueillies pendant notre présence sur le terrain. Cependant, les données indirectes (réunion avec les soignants et discussion post-groupe) nous ont aussi inspirée, surtout pour la discussion des résultats.

Un autre point à signaler, c'est que certains entretiens avaient un enchaînement logique avec les précédents alors que pour d'autres, malgré les apparences, ce n'était pas le cas. Nous entrons ainsi dans ce moment au cours duquel on pouvait facilement se tromper sur l'idée que l'ajout des données nouvelles dans la recherche n'apporte pas de nouvelles informations sur le phénomène étudié. Glaser et Strauss (1967) appellent ce phénomène la « saturation théorique ». Pour eux, cela constituerait un « signal que l'on peut cesser de collecter les données, les analyser ou faire les deux actions simultanément » (Glaser & Strauss, 1967, cités par Savoie-Zajc, 2011, p. 226). Dans notre recherche-action, l'activité de recueil des données se faisait simultanément avec celle d'analyse. Cependant, comme cette recherche comporte une dimension thérapeutique, nous n'avons pas mis fin aux

séances. Au contraire, nous les avons poursuivies pour tenter d'en arriver à ce qu'il y ait un changement chez le sujet. Dans un premier temps, nous avons groupé et structuré les données en catégories pour ensuite continuer les analyses selon un mode inductif en ce qui concerne « les catégories qui ont émergé du matériel analysé » (Savoie-Zajc, 2011, p. 226 ; Glaser & Strass, 1967, p. 37) et, dans un deuxième temps, nous avons procédé par déduction pour vérifier les hypothèses qui sont apparues progressivement. Nous avons réuni 21 cas vus, d'une part, en 20 séances de groupes et, d'autre part, en 28 séances d'entrevue individuelle, soit en tout 48 séances. Comme notre dispositif se définit en terme groupal, les séances individuelles, qui n'avaient que l'objectif de procurer à la personne l'énergie pour le travail en groupe, n'ont pas été détaillées comme c'est le cas des séances groupales, selon la synthèse reprise dans le tableau dressé dans la partie méthodologique.

Dans la plupart des écrits, « il est toujours plus question de la recherche que d'actions, sans doute parce que ce sont toujours des chercheurs qui écrivent... Ils ont tendance à développer les variables ou les caractéristiques liées à la recherche sans trop se préoccuper des caractéristiques d'action » (Verspieren, 1991, p. 71). Pour notre part, pour synthétiser et mettre par écrit ce qui ressort de notre recherche-action, nous avons essayé autant que possible de réunir, aussi étroitement que possible, le pôle de la recherche et le pôle de l'action. Les résultats sont issus des situations diverses dont certaines sont largement décrites du fait qu'elles font l'objet d'un grand travail d'intervention qui a impliqué le reste du groupe. C'est à partir des situations par lesquelles l'un des membres du groupe invite impérativement les autres à réagir sous l'effet des phénomènes transféro-contre-transférentiels que ce grand travail s'opère. Ces situations sont pour nous des moments forts et ce sont les données qui s'en dégagent qui ont fait l'objet de nos analyses. Voilà la démarche qui nous a permis de faire ressortir le savoir émanant du double but que toute recherche-action poursuit. D'une part, « produire des connaissances nouvelles par la recherche, d'autre part, transformer la réalité par l'action » (Verspieren, 1991, p. 82). C'est ainsi que deux situations liées aux mères se sont produites dans l'espace « mère » et sont reprises dans l'espace « enfant » en raison du savoir qu'elles nous apportent autour du statut de l'enfant. Ces situations décrivent des mères qui sont bien intégrées dans l'espace « mère », mais qui sont toujours considérées comme « enfants ». Paradoxalement, un autre cas, presque du même âge que ces deux autres, est bien intégré dans l'espace « enfant », et chacune se sent à sa place, bien que toutes soient devenues précocement « mères ».

Dans l'espace « enfant », nous avons eu le pressentiment que les actions de terrain se sont arrêtées au moment où le dispositif venait de se dessiner et de prendre forme. Il faut signaler que quelques séances ont été menées en entrevues individuelles en vue de compléter ou de clarifier des situations évoquées en groupe ou même que des séances en groupes sont revenues sur des thèmes déjà évoqués précédemment. Dans une telle dynamique, on peut vite se tromper croyant qu'il s'agit de saturation (Glaser & Strauss, 1967) alors que selon toute vraisemblance l'on est dans la dynamique du jour en raison de plusieurs facteurs : silence chargé et/ou culturel, méfiance, confiance redoutée, malaise indéfini de l'un qui assombrit le climat intérieur des autres, etc. Tout cela nous a incitée à être prudente dans la formulation des conclusions par rapport à ce phénomène de saturation.

Dans ce dispositif un temps relativement suffisant fut accordé aux « enfants » ; il s'agissait de les laisser s'épanouir dans le jeu, s'approcher les uns des autres, se découvrir mutuellement et se raconter des histoires. Nous leur avons accordé la liberté de nous suggérer ce qui pouvait leur être utile en leur assurant que tout serait mis en œuvre pour exécuter leur requête dans la mesure du possible. Par exemple, à Rwamagana, les deux premières séances se sont déroulées en présence des parents, puis les enfants eux-mêmes ont demandé à se réunir seuls et n'avoir recours aux parents que de temps en temps. On relève ici une des facettes du genre de cadre que les enfants réclament, pour en faire le lieu d'une rencontre comme Chez-nous. Écoutons-les:

Comme chez nous, en famille, les parents discutent les choses des adultes, travaillent de leur côté, pendant que les enfants jouent ou font autre chose dehors ensemble. Ils ne font appel aux parents que quelque fois, ou même pas, surtout quand ils sont sages, adultes et qu'ils s'en sortent bien... Il arrive même que l'on demande au plus âgé de trancher les choses sans appeler tout le temps les parents...

(Shema, 16 ans).

Nous n'avons jamais guidé, ni osé choisir à la place de l'« enfant ». Nous avons plutôt accueilli ses propositions ; ce qui n'était pas jugé convenable fut l'objet de concertation, pour un travail qui puisse conduire l'enfant à son propre choix. Autrement dit, nous avons observé ce que cet(te) adulte de demain allait déposer entre nos mains, tout ce qui constitue une barrière à sa construction identitaire, afin d'en faire l'objet de discussion. Nous lui avons laissé le temps de partager avec ses pairs comment il/elle se débrouillait pour trouver la voie de sortie, afin de bien se projeter dans l'avenir.

Les séances qui se sont déroulées à l'intérieur – dans un cadre qui le permet – ont fait l'objet d'un enregistrement audio. Cependant, comme nous l'avons décrit plus haut, cet espace « enfant » nous demandait beaucoup plus de temps, de stratégies communicationnelles, de remaniement, d'organisation et de réorganisation du cadre. Pour cela, une partie des données n'a pas été enregistrée. Les données qui ne sont pas enregistrées sont, par exemple, les échanges à l'extérieur, ou lors des jeux qui précédaient le temps d'échange à l'intérieur, ou les observations lors de la marche, ou dans le coin d'isolement pour certains cas. L'idéal eût été de retranscrire les données enregistrées. Cependant, vu le temps, l'énergie physique et psychique que la retranscription fidèle requerrait, puis leur traduction de la langue du sujet vers la langue de l'écriture, nous avons choisi de nous limiter à 10 entretiens seulement. Pour le reste des cas, nous avons choisi de les réécouter à plusieurs reprises. Les notes de notre carnet de terrain, articulant nos observations et ceux de nos co-facilitateurs, nous ont éclairées sur tous les entretiens, surtout ceux qui n'ont pas été enregistrés. Cette tâche fut facilitée par la mise en cohérence progressive des trois pôles-piliers de notre recherche-action: questionnements, objet et situation/contexte du sujet. Le grand thème que nous laissent remarquer les résultats autour de l'enfant, est celui qui questionne le statut de l'enfant dans l'après génocide. Ce statut n'est que celui de l'enfant sans enfance. Nous poursuivons nos analyses. Le Chez nous est l'un des axes qui se propose comme portrait de l'espace pour enfant.

4.5. Le statut de l'enfant dans le Rwanda post-génocide

Dans cette partie, nous voulons convier notre lecteur à la lecture des résultats qui ressortent des données recueillies auprès des « enfants ». Après notre analyse transversale des moments forts passés avec eux, plusieurs thèmes sont devenus évidents. Nous ne les abordons pas tous en même temps. Nous n'aborderons que ceux qui nous permettent de retisser l'histoire du sujet. Certains de ces thèmes sont récoltés auprès des nommés enfants mais qui se réunissaient dans l'espace « mère » Entre-nous. D'autres viennent directement des enfants paradoxalement déjà parents et qui se rassemblaient dans l'espace « enfant » Chez-nous. D'autres données sont récoltées à travers les phénomènes qui se manifestent entre sujet-enfant et sujet-parent de générations différentes. Nous avons été frappée par la façon dont ceux qui sont nommés « enfants » se décrivent eux-mêmes. Tous les enfants avec qui nous avons travaillé structurent leur récit autour d'un seul grand thème, celui de « *l'enfant sans enfance* ». Et chacun individuellement explique ce qui fait qu'il est *enfant sans enfance* selon les sous-thèmes mentionnés ci-dessous. Aussi paradoxalement que cela puisse sembler, les mères de leurs côté, dans leur récit, les considèrent comme « enfants » quel que soit leur âge et avouent qu'elles mènent « *une vie sans vie* ». Quoi qu'elles entreprennent, avec réussite ou non, le regard des mères se fixe là. Nous allons étayer ces paradoxes dans la partie qui examine le statut de l'enfant dans l'après-génocide ; tout en étant conscients des limites de notre entreprise, nous nous limitons à ce thème avec l'espoir que d'autres aspects connexes pourront faire l'objet d'études ultérieures.

Les situations cliniques décrites ne sont pas les seules qui évoquent les sous-thèmes traités ci-dessous. Plusieurs autres sont similaires. Nous les avons décrites parce qu'elles sont afférentes aux situations et au travail d'accompagnement plus long et plus approfondi où chaque membre du groupe a pu se reconstruire individuellement tout en aidant l'autre à se reconstruire aussi. C'est donc tous ces paramètres qui, pour nous, rendent « forts » les moments qui ont capté toute notre attention. Aussi le savoir qui en émane est-il à transmettre.

En fonction de l'objet principal de notre recherche-action, il est compréhensible que la finalité thérapeutique soit bien soulignée. Aussi tenons-nous à présenter la dynamique interactionnelle et l'itinéraire vers la reconstruction psychique. Pour les cas présentés d'une façon détaillée, on y trouve donc l'apport de tout le groupe. Par exemple, l'un des membres garde le silence, – chargé de mort, éloquent – l'autre y met des mots en parlant de soi ; les autres échangent des regards tout aussi parlants. Tel peut intervenir par ses émotions, tel autre continuer sur fond d'un apparent apaisement par son propre témoignage en présence des facilitateurs. Et cela sans le savoir du psychologue ou du facilitateur qui irait au-delà de ce dont les autres membres du groupe disposent sur la thématique complexe ainsi posée. Présentons maintenant les situations qui témoignent du statut de l'enfant sans enfance dans le Rwanda post-génocide.

4.5.1. Nadège : Le mariage concocté par sa mère

Dans la culture rwandaise, l'enfant n'est pas seulement une bénédiction. Il est aussi l'honneur, la couronne de sa famille et la force de toute la nation. Ceux qui en ont veillent sur eux et s'en réjouissent. C'est un grand malheur que de ne pas avoir d'enfant. Mais un enfant unique serait presque aussi un objet de souci pour sa famille. Les parents de Nadège ont toujours à son sujet l'esprit agité. Ils ne songent qu'à son présent et à son avenir. Et qu'en dire, en contexte post-génocide ? Que faire une fois qu'il tombe malade ? Pourrait-il procréer, engendrer ou enfanter d'autres enfants pour garder dans le monde des vivants les racines d'une famille presque éteinte ?

Nadège est une jeune femme de petite taille, elle est née en 1980. Comme l'an 1994 est devenu un inéluctable point de repère, précisons son âge à partir de cette année. Elle avait exactement 14 ans. Notre première rencontre a eu lieu à la fin de l'année 2011 lors de notre premier temps de terrain ; elle avait donc 31 ans. Depuis que nous avons commencé les travaux de terrain, Nadège est venue au premier rendez-vous dans l'un des groupes de soutien des mères. Elle était toujours silencieuse, d'humeur triste, mais intéressée par ce qui se disait. Lors des premiers entretiens, Nadège est reconnue comme étant un « enfant qui parle peu ». Elle ne prend la parole que pour dire « bonjour ». A n'importe quelle intervention qui la pousse à parler, elle dit : « ça va ; je vais bien, pas de problèmes ». Un jour, nous l'invitons à une entrevue individuelle programmée depuis un certain nombre de mois. « Quand pourrions-nous nous voir pour nous entretenir ? », demandons-nous. « Maintenant », répond Nadège.

Nous avons directement accepté son choix. Ci-après, nous reprenons ses propos, l'extrait d'un entretien qui a duré au maximum 20 minutes, y compris le temps que nous avons pris pour lui expliquer les raisons de notre entrevue.

Je m'appelle Nadège, je n'ai jamais été enfant comme tant autres malgré que je vivais avec ma mère. Je vis avec ma mère et nos 4 enfants. Mes deux propres enfants, les deux de ma grande sœur (devient triste et veut pleurer mais essaie de contenir ses larmes) et moi-même. (C'est le silence,... puis poursuit), Si je viens dans ce groupe, c'est que j'y trouve une petite ombre où une sorte d'oasis dans le désert (agacucu cyangwa akagezi ko mu butayu). Avant l'existence de ce groupe, j'errais, juste pour quitter la maison, et je disais à ma mère que je viens à l'AVEGA pour voir s'il y a un emploi. Seul Dieu savait la vérité. Je ne parle qu'à lui, lui, lui seul peut tout... (Avec insistance) Comme ça, j'en profitais pour me faire soigner et prendre mes médicaments, et je rentrais au coucher du soleil... Je ne savais pas quoi faire, quoi dire, où aller ; quand ce groupe a commencé, j'ai eu de la chance. Je dis simplement à ma mère qu'il y a les formations ou les réunions à l'AVEGA. Et voilà, je suis là, je me cherche et je cherche la raison de mon existence, mais,... (Elle essaie toujours de contenir ses larmes. Après un temps de silence attristant, elle dit) : Mais,... tout va bien, et je n'ai rien d'autre à dire.

Nous voyons ici l'impact du traumatisme qui « scie toute possibilité de véritable narration » (Métraux, 2004). Nous avons respecté son choix ou son état. Mais, voyant le contenu des émotions inhibées, nous nous disons qu'attendre un autre rendez-vous groupal

dans un mois peut lui être dur et nous lui avons proposé de revenir voir notre collègue permanente au centre de santé de l'AVEGA avec qui nous collaborions. Elles ont immédiatement fixé rendez-vous, mais Nadège n'y a pas répondu. Pour les autres rendez-vous en groupe, Nadège était toujours là. Ses interventions ont été longtemps très courtes, « ça va... c'est bon... pas de problème... je vais bien... » Quand les autres mères l'interpellent pour développer, elle dit : « je vous le dirais la fois prochaine. » Peur de prendre la parole, manque de confiance en ses interlocuteurs, honte, ou encore peur de s'y engager ? Les questions sont multiples, à son sujet. Autour de ces questions liées au silence remarquable dans la plupart des cas, en l'occurrence Nadège, Letty, Cyusa et bien d'autres dans les premiers moments de nos entrevues, nos pensées ne cessaient de tourner autour de la phrase énoncée par Boris Cyrulnick : « Si vous voulez comprendre pourquoi je n'ai rien dit, il vous suffit de chercher ce qui m'a forcé à me taire. » (Cyrulnik, 2010, p. 7) Nous reviendrons particulièrement au thème du silence, dans la partie qui discute les résultats.

Nous lui avons accordé du temps et ce dernier a fait son œuvre. D'elle-même, à des moments différents, nous avons appris les situations que nous décrivons à son propos. Nous les avons aussi appris des autres, surtout de sa voisine, aussi membre du groupe, qui l'encourageait, la stimulait et l'invitait à parler tandis que nous n'osions pas le faire :

Ici, à Entre-nous, on se dit tout. Ne t'inquiète de rien, ça reste entre nous. Ou, je te connais dans ton silence... mais sache que l'adage rwandais dit 'ujya gukira indwara arayirata' (qui veut guérir d'une maladie la porte aux nues), si tu veux, comme tu me l'as dit, je le partage aux autres ?

Dans un premier temps, Nadège gardait toujours silence face à la demande de sa voisine, une autre fois, elle pouvait tourner la tête signe de « non » ; ce n'est que plus tard, après une année et quelques mois, qu'elle en a parlé elle-même largement. Bien que sa voisine n'ait pas parlé à sa place, ses interventions stimulantes y ont été pour beaucoup. Elles nous ont témoigné que les actions mises en place créent des liens qui peuvent faire place à la parole, même en dehors du cadre de l'espace conçu pour ça. C'est donc le prolongement des espaces Entre-nous et Chez-nous, en dehors des limites. Nadège a été toujours considérée par les autres mères comme une « enfant », quelquefois « leur enfant » disaient-elles, en faisant allusion à elle. Ci-dessous les propos de certaines d'entre elles, relevés à différents moments de nos rencontres :

Nous sommes toutes présentes, il reste notre enfant... Avant de commencer, attendons l'enfant qui est encore chez le médecin pour les médicaments... Cette enfant ne parle jamais, mais j'étais aussi comme elle...

Une année et quelques mois plus tard, après que Nadège a déposé tout entre nous, Tina la consola en soulignant son statut d'enfant affilié à l'humanité et la suprématie de Dieu :

Écoute mon enfant, enfant de ma mère et enfant de Dieu, (Umva mwana wange, mwana wa mama kandi mwana w'Imana) [...]. Rien ne t'arrivera, tu as pu faire beaucoup de choses pendant que tu étais enfant et seule. Maintenant tu es parmi nous, tu es la nôtre.

Nous sentons que Tina allège notre inquiétude. Celle-ci est liée à la façon qu'ont toutes les mères de considérer Nadège comme une enfant. Leur regard sur elle nous a intriguée.

Nadège, et toutes celles qui sont ainsi dénommées ‘enfant’, n’en sont-elles pas vexées ? La filiation, qui va de l’humain au divin, dont il est fait mention ci-dessus, devrait tout compte fait être de nature à sécuriser psychologiquement. La façon de réagir de la même mère, par ses paroles « enfant de ma mère et enfant de Dieu », attribuant ainsi pour Nadège une appartenance en tant que sœur, puisque fille de sa propre mère, et fille de Dieu, avait fait forte impression et capté l’attention de tout le monde pendant qu’elle parlait. Elle a clarifié les choses en remontant les étapes du passage de l’enfance aux autres étapes de la vie :

L’appeler enfant ne veut pas dire qu’elle soit ainsi. Ça ne veut pas dire qu’elle agisse comme les enfants. De toute façon, nous savons toutes qu’elle est déjà mère de deux enfants... (Poursuivant en rigolant) Et souvenez-vous bien que ‘ahavuye ubwana haza ubwanwa’, littéralement, ‘là où était placée l’enfance pousse la barbe’ croyez-vous vraiment que l’enfance cède place au poil de l’adulte comme nous avons l’habitude de le dire ? Sous les poils de l’adulte, se cache toujours un certain esprit que nous tenons de l’enfance. Mais, si le jeune trouve les gens qui lui accordent ce dont il a besoin en tant qu’enfant bien qu’il ait la barbe, y-a-t-il une meilleure chose plus que ça ?

Cette intervention nous renvoie directement au point focal auquel s’intéresse la psychanalyse. L’« enfant » est en effet est un aspect de la personne qui ne s’éteint pas. Ferenczi (2006, p.7) l’énonce distinctement : « Il n’y a pas d’êtres humains complètement adultes. » Et comme le dit un adage rwandais : « *Ntawanga kuba umwana abura ubimwita* », c’est-à-dire « *Personne ne refuse jamais le titre d’enfant, ce qui lui manque, c’est de trouver quelqu’un qui le nomme ainsi.* » Les Rwandais diraient aussi qu’aucun enfant ne manquera de parents s’il est un bon enfant, et qu’aucun parent ne manquera d’enfant s’il est un parent digne de ce nom. « Ces adages soulignent uniment les droits de l’enfant et les devoirs de l’adulte à son égard », comme nous l’avions déjà indiqué (Uwineza & Brackelaire, 2014, p. 158). Cette situation nous ramène à l’esprit que l’enfance est une dimension qui ne s’effondre jamais. Les auteurs qui ont écrit au sujet de l’enfance et de l’enfant ne concluent jamais. L’enfant est une dimension de la personne (Quentel, 1992), « une des colonnes vertébrales de ce qui fait l’humain » dirait Brackelaire (2014)⁹¹ pour expliquer ce terme d’enfant pour lequel « un débat loin d’être clos agite les historiens : celui de savoir s’il est possible ou non de caractériser telle époque ou telle autre d’un rapport particulier à l’enfance, ou d’un type singulier de relation adulte-enfant » (Renders, 1999, p. 13).

Passant tout une année sans émettre aucun mot pendant les séances, si ce n’est le bonjour quotidien, le nom de Nadège paraît encore méconnu par les autres, sauf sa voisine qui la connaissait depuis longtemps et qui l’a encouragée à venir dans le groupe de soutien. Mais elle non plus ne le prononçait pas fréquemment. Anticipativement, nous explorons ce qu’elle ressent de ce qualificatif d’enfant, attribué à une femme âgée de 31 ans et étant déjà mère de deux enfants. Elle réagit :

Ça ne me fait rien. Seulement c’est que.... (Silence d’hésitation) En fait je n’ai jamais été enfant et on ne cesse jamais de me nommer enfant sans que... alors que je n’ai jamais été

⁹¹ Lors de nos échanges autour du sujet enfant.

enfant ni traitée comme enfant. (...) Pendant mon enfance, je n'avais pas le droit d'être enfant, c'était pendant la guerre⁹². Après, ma mère a sacrifié mon enfance pour les autres enfants. On dirait que moi je n'ai jamais été enfant ! Je ne suis enfant que par nom, et ce n'est pas seulement ici, même dehors. »

Pourrait-elle, psychologiquement s'attendre à être perçue autrement ? Si elle dit que ça ne lui fait rien, c'est, entre autres, juste pour se donner le temps de s'engager pour un changement : celui de sortir de l'enfance, car la coquille culturelle, qui est aussi sa coquille psychique, ne lui accorde une place nulle part. Elle fut déléguée par sa mère pour aller agrandir la famille, pour « faire d'autres bras » et pour rapprocher d'elle les descendants de sa sœur, en devenant pour eux mère au lieu de tante. Puis, après la mort de son mari, seulement deux ans après avoir entamé – à contre cœur – une vie commune, la belle-famille l'a mise dehors. En utilisant la profondeur du Kinyarwanda, on dirait que Nadège « *yabuze iwabo, abura n'iwe ou, yabuze iwabo, abura n'aho yashatse* », littéralement, n'a plus de chez eux (*iwabo*), ni de chez-soi (*iwe*) ». Le premier lieu renvoie au cercle familial où elle est née et a évolué, cet espace que l'on partage avec les parents et la fratrie. Le second renvoie à l'espace que l'on partage avec son conjoint et ses enfants. Mais, vu l'étape de la vie que l'on franchit en fondant un foyer, la culture et la loi lui confèrent le droit de possession qui fait automatiquement de cet espace une propriété privée. En plus de l'image selon laquelle la mère dispose de son foyer, elle est censée en être le cœur ou le noyau, porteuse de la douceur capable de faire régner la paix et de faire « oublier la violence, restaurer la vie malgré tout » (Fierens, 2003, p. 5); cet espace devient le sien, comme si c'est bien elle qui détenait tout entre ses mains. Nadège souffre de ne pas pouvoir s'en sortir :

Je n'arrête pas de penser. Jour et nuit, je ne fais que penser, quand je sens que je vais m'y perdre, c'est à ce moment que je quitte la maison pour venir à l'AVEGA même sans rendez-vous... Suis-je femme, suis-je fille, suis-je enfant ? Je ne suis pas femme dans son foyer, ni une enfant chez elle, et avec cette maladie... on ne vit qu'en se déroband au regard de l'autre. Même dans la rue, tu te dis que tout le monde le déchiffre sur ton front, avec cette vie sans vie, je me demande : qu'est-ce que je suis et quel est ma raison d'être et que serais-je en définitive ?

À un certain âge, il faut quitter le nid familial (chez eux), pour aller chez soi. C'est donc un grand malheur de ne pas avoir de chez soi, ni de chez eux. On devient celui ou celle de nulle part et on ne fait qu'errer. C'est aussi un grand malheur d'avoir été chez soi et par la suite de retourner chez ses parents (chez eux) pour y vivre. Les Rwandais appellent péjorativement une telle femme comme « la répudiée » (« *ikivanzu*). Nadège quittait la maison le matin pour ne revenir qu'à la tombée de la soirée et bien d'autres mères faisaient la même chose. Ce mécanisme de survie devient plus complexe quand on a le VIH. Dans ce cas, le sujet est aussi dépourvu de la partie de sécurité la plus intime qui lui restait. La

⁹² La plupart des cas ignorent la différence entre la guerre et le génocide. Nadège utilise la guerre (*intambara*) pour dire le génocide. Il y en a même qui utilisent le concept de guerre pour évoquer toutes sortes de conflits, qui n'ont rien à avoir avec les conflits sanglants de masse. Ceci suppose donc de situer l'énoncé dans le contexte dans lequel il est émis.

personne n'a plus de for intérieur. Le mécanisme d'errance ou d'exil n'est plus possible. La situation aboutit à une instabilité psychique totale qui va jusqu'à perturber la relation du sujet avec l'autre et avec l'autre en soi.

Pour résister, Nadège négocie avec elle-même et avec ce qui l'habite, « *ça ne me fait rien,..* », comme pour passer un coup d'éponge sur l'« instrumentalisation » qui est à l'origine du traumatisme, et à l'origine de laquelle se trouve sa mère. Ces propos de Nadège laissent flotter un questionnement autour de son enfance. Déjà le Génocide a éclaté alors qu'elle avait 14 ans, au début de l'adolescence si on raisonne dans la logique psychogénétique occidentale. Que s'était-il passé avant 14 ans? Ou ce qui s'est passé après cet âge, pendant le génocide, a-t-il gommé tous les souvenirs d'avant? Nadège amorce pour la première fois son histoire et nous en donne les détails. Elle veut la raconter cette fois-ci, dès le tout début. Nous nous disons qu'avant, elle n'était pas psychiquement prête comme elle nous l'a bien précisé lors de notre dernière rencontre. Il lui a fallu attendre que son « moi » soit bien musclé, comme dirait Cyrulnik (1999, p. 188). Refusant d'entrer dans son histoire auparavant, elle avait d'abord usé de toutes les stratégies lui permettant d'éviter de « se confier », pour ne pas dire « se livrer ». Citons le même auteur :

Je parle pour ne plus être étranger à moi-même. Mais dès que j'ai parlé, je change mon image dans l'esprit des autres, et j'ignore ce qu'ils vont en faire. Je m'exprime pour m'imprimer dans l'autre. Mais, quand, dans mon langage intérieur, je me fais chaque soir le récit de mes souffrances, ce travail n'agit pas sur les représentations publiques. Ce n'est que lorsque je me confie que je me livre au tribunal de l'autre.

A peine a-t-elle commencé qu'il nous est impossible de faire autre chose que de l'accompagner. Nous apprenons d'elle qu'un seul ÊTRE, à savoir DIEU, l'accompagne, dans le voyage solitaire qui est le sien. Il lui aura fallu des années pour aller vers les autres et pour laisser les autres êtres venir vers elle. Même dans l'Entre-nous, elle a pris toute une année pour se sentir réellement dedans. Elle se confie : « *Nimumbabarire mbivuge noneho* » pour dire, « *Pardonnez-moi, laissez-moi aujourd'hui tout déballer.* »

4.5.1.1. Mère dans la peau de l'adolescente

La mère de Nadège a survécu au génocide perpétré contre les Tutsi en 1994. Elle vient de perdre son mari et cinq de ses enfants. Dans une fratrie des six, seule reste Nadège, la cadette de la famille qui avait à peine 14 ans en 1994. Une année seulement après le génocide, le mari de sa grande sœur, aussi assassinée avec 2 de ses 4 enfants, sollicite la main de Nadège chez sa belle-mère. Bien qu'elle n'ait pas encore atteint la majorité civile (21 ans au Rwanda), la mère trouve idéale la proposition de son gendre. Sans avoir aucune idée sur l'arrangement entre sa mère et son beau-frère, Nadège est envoyée par sa mère pour « *saluer ses petits-enfants de sa part* ». C'était là un prétexte pour qu'elle rencontre le mari de sa défunte sœur.

À l'époque troublée, « bénie pour les uns, maudite pour les autres, indifférente à aucun⁹³ », « *c'était en 1994 ou 1995, je ne connais pas exactement dans quel mois, la seule chose dont je me rappelle, c'est que c'était encore chaud ! C'était encore dans ce temps des ténèbres...* », précise Nadège. Avec la complicité de sa mère, elle est enfermée chez le mari de sa grande sœur et finit par devenir sa femme sans consentement. La mère de Nadège et son gendre avaient mis un terme à leur plan dont l'objectif était que la famille soit élargie et que soient dispensés des soins maternels aux enfants de la première femme. Dans l'esprit de la maman, si son beau-fils épousait une autre femme, celle-ci pourrait peut-être maltraiter ses petits-enfants. Ou encore ces derniers seraient loin d'elle par le fait d'appartenir à une autre famille. Pour situer le problème spécifique dans la problématique générique où il se situe, nous dirons que la mère de Nadège se sentait dominée par le poids de l'appartenance patriarcale et se voyait ainsi dépourvue de relations avec ses petits-enfants. On voit bien à travers ces enjeux que les généalogies s'imposent comme un élément fondamental de la mémoire familiale, du statut de l'individu dans sa communauté, malgré les trous qui s'y intercalent, les secrets de famille (de Gaujelac, 1999). L'union de Nadège avec son beau-frère est similaire à d'autres formes de mariage forcé, tel que le « lévirat » ou le « sororat ». Dans le premier cas, il s'agit du mariage forcé d'une veuve avec le frère de son mari défunt. Dans le second, c'est ce qui s'est passé pour Nadège : « le mariage forcé de la sœur d'une épouse décédée ou stérile avec son beau-frère avec lequel elle doit se marier ou avoir des rapports sexuels » (Tisseron, 2008, cité par Dortier, 2013, p. 137).

Signalons que ces lois et pratiques coutumières appliquées pour Nadège sont en contradiction avec la loi officielle du Rwanda. Il s'agit d'une autre forme de violence que Nadège a subie, et pire encore, étant mineure, et par la personne qui était supposée être sa protectrice au premier rang. Cet esprit de préservation des pratiques coutumières animait la mère de Nadège jusqu'à exercer une pression insidieuse sur sa fille qui n'a jamais osé dire « non », pour éviter l'infection par le VIH et la corvée d'être mère à l'âge de l'adolescence. Elle décrit son état psychique d'alors comme suit :

... Je n'avais pas encore lancé un regard en arrière pour réaliser ce que nous venions de subir, ni même comprendre ce que nous vivions à l'instant, voire songer à l'avenir... On dirait que mon cœur était devenu comme une pierre ou un tronc d'arbre... je ne sais pas... peut-être mon intelligence était partie ailleurs. Je vivais une sorte d'anesthésie générale pendant laquelle on subit sans se défendre. Ça aussi, c'est une autre conséquence de la guerre (Iyo nayo ni indi ngaruka y'intambara) (pour dire le génocide).

Ces propos de Nadège traduisent exactement l'ancrage dans ce que nous pouvons appeler la zone tampon – nous nous inspirons du contexte de conflits psychiques qui caractérisent le moment adolescent que Masson (2004) décrit largement – par rapport au contexte de conflits de guerre et du génocide dans lequel Nadège nous a introduit. Après le combat inconnu de son enfance, et le combat psychique tout au début de son adolescence qui éclot en même temps que l'éclatement du génocide, une telle situation immobilise

⁹³ Je m'approprie l'expression de Maurice Dayan, préfacier de Piera Aulagnier (1986). *Un interprète en quête de sens*. Paris, Lamsy.

Nadège en un « tronc d'arbre » ou l'« anesthésie ». En plus de ces états psychiques, il y a le voyage, cette « errance psychique » sans itinéraire fixe (Douville, 2010), mais qui lui a permis de s'adapter aux conflits de son environnement interne et externe. Pour emprunter ses concepts opératoires à Masson (2004), Nadège qui en est présentement au début du « moment-adolescent » devrait normalement errer entre l'infini, entre les espaces extra-terrestres, entre la famille restreinte et élargie qui n'existe plus, entre le pourquoi des choses, etc. Avec toute la réalité dans laquelle elle vivait, « les impossibilités d'errer lui rendent l'existence insupportable » (Douville, 2010, p. 81).

Si le désir de l'homme est l'autre (Lacan, 2006) et cet autre étant la mère en général, comme c'est d'ailleurs le cas dans la présente situation, cet autre de Nadège avait occupé une grande place dans cette zone-tampon et elle la poussait à l'enjamber. Elle voulait la voir vite traverser cette zone pour entrer dans la zone de créativité, de responsabilité, de production et de reproduction. Ce n'est qu'après coup que Nadège réalise ce qui s'est passé en elle et autour d'elle. Elle était tant demeurée dans ce vide sans jouir de la créativité qui s'opère dans ce passage dans les conditions normales de tout adolescent(e). Elle en pleure incessamment et il nous a été difficile, tout au début, de comprendre ce qu'elle disait. Quand elle arriva au bout de ses pleurs, elle ajouta :

Je m'excuse, mais en un seul mot – (en murmurant) je n'en ai pas d'ailleurs beaucoup – le déchirement de mon cœur est bien ça (ikincengura umutima ni icyo). Je vous avais dit tout, bien avant que je sois à la recherche de la raison de mon existence. Je ne suis ni enfant, ni femme, ni fille. Qui suis-je ? Quel est ma raison d'être ? (demanda Nadège avec un désespoir prononcé et un regard insaisissable.)

4.5.1.2. Mère sans demeure, face au fait sans fin

Très vite, Nadège est enceinte de son beau-frère. Un enfant naîtra de cette union en 1996 et Nadège avait à peine 16 ans. Deux ans seulement après l'union conjugale concoctée par sa propre mère survint le décès du mari, au moment même où elle vivait sa maternité, étant paradoxalement adolescente. Nadège raconte:

Je ne savais rien de cette maladie. Je ne connaissais pas beaucoup de choses de la vie... J'ai vu comment il est mort et [...] je ne me suis même pas fait tester,... (Pleurs) Je n'ai fait qu'obéir à ma mère, sans me rendre compte de la voie dans laquelle elle me faisait ainsi virer. La faute est à moi : pourquoi ai-je fait ça ? Non, la faute n'est à personne, je devais obéir. ... Je ne savais plus quoi faire, ni aucun autre lieu où je pouvais m'exiler... Je ne pouvais plus rester avec ma belle-mère, j'ai fermé les yeux, et je suis retournée auprès de ma mère.

Menacée par les autres membres de la belle-famille après la mort de son mari, Nadège prend le chemin de retour chez sa mère. Elle devrait « s'exiler », comme elle le dit. Mais pour elle, le lieu d'exil n'était pas aussi si sécurisant. « *Byari uguhungira ubwayi mu kigunda* » (chercher à fuir la virulence des détritres de sorgho dans la brousse) : cet adage rwandais et sujet à de multiples interprétations, si l'on devait expliquer toutes les activités de la maison relatives au sorgho et la peine que ça cause dans vie campagnarde des moissonneurs. Dans le présent contexte, l'adage veut nous éclairer sur la trajectoire

traumatique de Nadège. Quitter la belle-famille après la mort de son mari – ancien mari de sa sœur – et retourner ou « s'exiler » chez sa mère, complice de son malheur, c'est tomber sur quelque chose de pire encore ; c'est échapper à un danger pour en connaître un autre plus grave. C'est tomber de Charybde en Scylla. Nadège fut obligée par sa belle-famille d'abandonner les biens qu'elle avait avec son mari, sans que la belle-famille se soucie du fait qu'elle avait eu un enfant avec leur fils. Selon Nadège, sa belle-famille attendait que l'enfant grandisse pour le reprendre.

Peut-être qu'après avoir vu comment leur fils est mort, ils ont certainement songé qu'il est mort du sida et que moi aussi je l'ai et ainsi que leur petit fils va l'avoir. Je me dis qu'ils attendaient de voir son évolution avant de me le prendre.

C'était une façon de fuir les responsabilités de la part de la belle-famille. En même temps, du côté de Nadège, elle se demandait comment elle allait rejoindre sa mère qui était complice de la belle-famille. Se décider n'était pas facile. Elle était toujours coincée par « le corps étranger » qui l'habitait alors qu'elle ne pouvait jamais le dire à sa mère qu'elle devait rejoindre.

J'avais tellement peur que ce corps étranger qui était chez le père de mon enfant, mais moi aussi... (en murmurant) on m'a fait les choses... Nange barambohoje⁹⁴, (J'ai été violée et/ou abusée) alors que je n'étais qu'une gamine... (Un temps de pleurs suivi de silence).

En somme, le silence, chez Nadège, constitue le mode de communication essentiel. C'est donc le silence qui s'ensuit pour nous tous. Rien ne bruit. D'une part, nous sentons qu'il est nécessaire pour que chacun des membres ait le temps de s'écouter. D'autre part, nous sentons que nous devons y mettre fin pour que chacun des autres membres du groupe ait sa chance de raconter son récit. Les mots nous manquent pour briser ce silence. Le reste du groupe est attristé par l'information selon laquelle Nadège a été abusée, chacune des membres est à l'écoute de sa conscience, nous semble-t-il, la tristesse s'installe, les yeux sont humides pour le reste du groupe. De notre côté, nous n'avons pas de mots pour apaiser les pleurs de Nadège et ceux des autres qui commencent déjà à se propager. C'est l'étonnement de Tina qui a tout débloqué. Elle claqua les mains et mis celle de droite sur la bouche⁹⁵ en disant:

Ni akumiro (Bouleversant) ! Même les enfants ! Par où commence le génocide et par où prendra-t-il fin ?

Nadège prend ainsi le courage de continuer...

Je me suis dit, ... au lieu de mourir dehors, je mourrai devant les yeux de ma mère... peut-être qu'elle aura la pitié d'une mère pour son enfant.

De cette dynamique interactionnelle, on se rend compte clairement du travail d'équipe qui fait plus que la somme des réalisations individuelles de ses différentes parties. Le groupe a rendu possible la libération de la parole chez Nadège et chez d'autres comme elle.

⁹⁴ *Kubohoza*. Terme utilisé pour dire « Violenter sexuellement » dans le cadre du génocide. Ce terme était aussi utilisé pour dire « s'accaparer des biens des autres » (Gishoma & Brackelaire, 2008, p. 163).

⁹⁵ C'est là un étonnement total de désarroi dans la culture Rwandaise.

Qu'est-ce qui a fait que cela se produise ? Par quoi, quand et comment ? Simplement par toi, par moi, par soi, par l'autre, par celui du dedans, par celui du dehors, dans un espace protégé, qui accorde et réaccorde le temps et qui ré-octroie à chacun une place chez soi parmi les siens, Entre-nous et Chez-nous (Uwineza et Brackelaire, 2014). « Le singulier n'est pris en compte que dans la mesure où il renvoie à la dimension sociale et aux valeurs partagées par le groupe » (Griaule, 1957, cité par Bianquis-Gaser, 2011, p. 168).

Bien que le cas de Nadège corrobore la pensée de Griaule par rapport aux autres cas d'enfants avec qui nous avons travaillé, certaines particularités méritent d'être individualisées. Ces particularités résident dans ce sens que « *les flots de la souffrance qui coulent dans le cœur viennent de la maison* », dit-elle, contrairement aux autres qui souffrent de ce qui vient du dehors, loin de soi. La vie d'avant, qu'elle n'évoque jamais, celle du pendant où elle fut protégée par sa mère avec qui elle a survécu, sont effacées par la vie d'après, depuis que sa mère l'a poussée à devenir mère précocement et ce fut par cette occasion qu'elle fut infectée du VIH/sida. Pour elle, c'était le temps des ténèbres.

Dans le groupe des mères, Nadège est toujours perçue avec l'image de la fillette qu'elle était avant le génocide. « Il n'y a pas d'êtres humains complètement adultes » affirme (Ferenczi, 2006, p. 7). Dans des circonstances diverses, nous avons rencontré bien des personnes adultes ou enfants qui régressent ou se fixent à l'état d'enfance. Mais, dans le contexte de violences impensables, indicibles et « inavouées » comme celui du génocide, « le temps s'arrête », « tourne en rond » (Métraux, 2004) et engendre des souffrances incommensurables. Bien que Nadège nous affirme que ça ne lui fait rien d'être ainsi perçue, elle nous avoue en quelque sorte une souffrance liée au manque du statut de mariée, d'une place identitaire parmi le groupe de parents, mères et veuves. De même, elle ne trouve pas de place identitaire parmi les jeunes filles. C'est ce dont elle nous fait part dans ces propos : « ... *Je ne suis ni enfant, ni femme, ni fille. Qui suis-je ? Quel est ma raison d'être ?...* ». On sait qu'il est impossible de vivre sans appartenir (Racamier, 1992). Pour réaffirmer son sentiment d'exister, Nadège se cherche une appartenance dans une nouvelle famille sociale, Entre-nous, ou les mères de l'autre génération qui forment une « communauté affective » lui accordent la chance de régresser et d'être encore enfant, étape que les épreuves de la vie ont déjà effacée chez elle. C'est sur cette communauté qu'elle a pu s'appuyer pour évoquer ce qu'elle a vécu (Waintrater, 2003, p. 92).

On dirait que pendant les moments de violence et de trauma, les enfants ne sont pas autorisés à être enfants. Tout change, « l'horreur à la fois fascine, révolte, hypnotise nos sociétés » (Métraux, 2004, p. 11). Au-delà de l'horreur vécue pendant le génocide, s'y ajoute le manque de place auprès de sa mère, qui pourtant l'avait bien protégée pendant le génocide et qui a continué à lui rechercher son bien et le bien de la famille. Au moment où les autres retrouvent l'apaisement en famille et dans le groupe Entre-nous considéré comme « une autre famille », ce cas reste atypique et flotte entre ces deux sortes de familles « *à la recherche de la raison d'être* », selon ses propres termes.

Tout au long de son histoire qui va se poursuivre, nous abordons la question de ses sentiments de culpabilité, d'une sorte d'ambivalence entre le pôle de la vie et celui de la

mort, des conflits de loyauté verticaux et horizontaux. Ces derniers l'enferment dans une cage de solitude au milieu des autres, avec les secrets autour de sa maladie qu'elle n'a jamais avouée à sa mère et dont elle a parlé aux autres femmes plus tardivement quand elle en était fatiguée. L'« enfance sans enfance », la maternité à l'adolescence, le corps « oublié » mais fort présent et parlant, quelquefois hurlant, nous approchent d'une autre identité du sujet, celle qui s'écarte de l'espèce humaine pour s'approcher de l'« animal mystérieux » (*inkura*). Poursuivons notre analyse, en nous servant toujours du travail de groupe avec Nadège au centre.

4.5.1.3. Monde invisible et pouvoir du langage

Bien que Nadège ait mis au monde son premier enfant à 16 ans, arrivée chez sa mère, de retour de sa belle-famille, elle n'est pas au bout de ses peines. Sa mère n'a pas cessé de la harceler, lui enjoignant de chercher à avoir d'autres enfants. Aucun jour sans que sa mère lui demande de concevoir encore : « *Hein ! Fille, toi tu resteras avec un seul enfant comme celui d'inkura ?* » Le quotidien de l'homme présente une complexité indescriptible. Au fil des années, la même phrase sonnait aux oreilles de Nadège comme un carillon. C'est au point que Nadège développa une peur bleue. Entre-temps, elle garda pour elle-même son statut sérologique positif qu'elle avait appris le jour de l'accouchement du fait qu'elle n'avait pas eu des consultations prénatales. Elle explique ses raisons et élabore davantage avec une tristesse intense et des larmes qu'elle essaie toujours de contenir. Mais en vain, elle les verse au point qu'il devient difficile de saisir ce qu'elle raconte :

Je... Je... n'avais... plus le cœur dans ses assises (pleurs intenses, tête baissée entre les deux mains enveloppées dans son écharpe). Je ne pensais qu'à ce qui m'est arrivé, quelquefois je me disais que je suis en rêves. (...) Pourquoi j'y suis resté pendant tout ce temps ?... Seulement la honte ! Une fois, je suis retournée chez moi en cachette, je suis restée deux semaines, ma mère m'a poussée de revenir en me répétant incessamment que je suis une femme mariée et j'ai pris le chemin de retour. Peut-être... peut être que je n'étais pas encore infectée. Ou, alors, puisqu'on m'a fait les choses aussi, c'est... je ne sais pas... Ma mère ne manque jamais les motifs pour me provoquer... Elle savait bien que je suis chez elle sans mari... après le mariage forcé... ce fut une malédiction...

Ses idées restaient accrochées au bord du mystère maléfique que contient cet étrange animal. L'imagination scientifique qui veut des épreuves démontrées n'aurait sans doute pas de place à ce niveau pour contrecarrer l'emprise de cette malédiction ou arracher la pensée de Nadège au bord du destin maléfique que va lui prescrire cet animal mystérieux. Elle devrait concevoir malgré un grand péril de transmettre la maladie au nouveau-né qui pouvait se produire. Nadège a entendu cet animal pour la première fois dans la bouche de sa mère à qui elle doit le respect absolu « *comme dit la Bible et les ancêtres* » auxquels elle se réfère en témoignant son encerclement à l'intérieur de ces convictions.

D'un côté, la Bible dit : 'Enfants, obéissez à vos parents, selon le Seigneur, car cela est juste. Honore ton père et ta mère – c'est le premier commandement accompagné d'une promesse –,

afin que tu sois heureux et que tu vives longtemps sur la terre⁹⁶ ; d'un autre côté, nous l'avons toutes entendu de nos ancêtres : « Umwana utumvira se na nyina yumvira ijeri » 'L'enfant qui n'obéit ni à son père ni à sa mère finira en sans-abri, en enfant prodigue.' Que devais-je faire ?

Selon les propos des autres mères, *inkura* est un mammifère sauvage. Il vit dans la forêt. Il n'a qu'une seule corne. Sa femelle ne met bas qu'une seule fois. Par rapport aux autres animaux de la forêt, le troupeau d'*inkura* est toujours restreint. Quand le petit d'un *inkura* vient à mourir, l'animal devient aussi seul qu'un tronc d'arbre sans branche ou dont la racine principale est entamée. « *Que reste-t-il alors de l'animal pour les vertus thérapeutiques de certaines parties ? Les seuls excréments...* », disait la mère de Nadège, péjorativement. Écoutons Nadège imiter sa mère en sanglots :

Je paniquais simplement, je devais faire un deuxième enfant. Mais avec ma maladie, est-ce que c'est pour lui donner la vie ou pour lui infliger la mort ? Est-ce vraiment là un cadeau que j'apporterais à son père ? Le même cadeau que le mari de ma sœur m'a apporté... elle aussi l'a hérité du génocide ! Non, c'est plutôt bien moi qui suis allée prendre le cadeau empoisonné... Non... profitant de ma naïveté, ma mère m'y a envoyée... Je n'étais qu'une fillette... Quel héritage ! La mort... des excréments, comme ceux d'un Inkura !

« Tu honoreras ton père et ta mère pour vivre paisiblement au pays » ; « *Umwana utumvira se na nyina azumvira ijeri*⁹⁷ : L'enfant qui n'écoute pas les conseils de son père et ceux de sa mère n'écoute que les sauterelles. » Voilà le bagage culturel néfaste qui aura coûté à Nadège beaucoup d'énergie psychique dans le silence, toute seule, avec Imana (Dieu), puis avec les membres du groupe, « un autre oasis situé dans le grand désert » dans lequel elle a pu finalement saisir les effets destructeurs de l'enseignement de sa mère. Les autres mères nous éclairent sur cette connotation d'« enfant » qui tend à se généraliser. Carène connaît Nadège depuis longtemps : « *En fait je ne la vois que comme je la voyais toujours dans le portrait que j'avais d'elle en 1994. Je la connaissais même avant, pendant le génocide, elle était vraiment petite, on s'étonne des enfants qu'elle a eues.* ».

De ces propos, on y apprend la fixation du regard autour de l'horreur. Alors que notre entretien visait à évaluer l'impact des actions menées tout au long de notre temps de terrain, nous avons entrevu ce qui la maintenait dans un état de silence. Il n'était pas encore temps ; elle aimait beaucoup écouter les histoires des autres, cela l'a éclairée :

Je crois qu'il n'était pas encore temps. C'était trop, beaucoup, je ne savais pas par où commencer ni par où terminer. Je me voyais dans un groupe de femmes veuves ; elles parlaient du génocide ; moi aussi j'ai vu les choses. (...).Huumm ; j'ai vu les choses. J'étais encore petite mais je me rappelle de tout et je n'y entre pas, je n'en parle pas. (Yeux trempés)... Mais ce que j'ai vu de pire, je ne l'ai vu qu'après, je ne sais pas,... mais je me dis que j'attendais que les choses s'ordonnent,... Je me demandais : vais-je partager l'histoire de

⁹⁶ Ephésiens 6.1-3

⁹⁷ Ijeri veut dire sauterelles. Normalement, le cri des sauterelles se fait entendre uniquement dans la brousse, dès la tombée du soir pour toute la nuit jusqu'à l'aube où commence le cri des oiseaux. Écouter les sauterelles signifie errer dans la brousse pendant la nuit. L'errance est un mauvais sort en ce sens que le sujet qui erre n'as pas de demeure.

mon enfance ? Je ne l'ai jamais vécue. Vais-je partager la maternité dans cette enfance ? J'avais la tête ailleurs. Vais-je parler du sida que ma mère elle-même a appelé pour moi. Vais-je leur dire que moi aussi je suis veuve ou je vais parler de la peur qui m'a tant habitée, de cet animal mystérieux et de la maladie que j'allais aussi transmettre à mon enfant pour échapper à la malédiction de cet animal ? Je n'étais pas réellement femme, ni veuve, ni quoi que ça soit. Je ne savais pas qui j'étais pour trouver quoi dire. (Avec un sourire non prononcé, signe d'effort de contenance des larmes qui allaient se verser). Je ne suis qu'un enfant sans enfance. Et cela on le dit comment ?... Je vous remercie que vous m'avez donné une place, j'y ai appris, grâce à ces mères qui m'ont acceptée telle que je suis. Peut-être qu'un jour Dieu fera ses miracles pour moi et il les a déjà fait. Je le remercie que mes enfants n'ont pas eu cette maladie, eux, ils vont vivre.

Le parcours de Nadège nous fait part de l'instrumentalisation de la part de la mère. Avec l'objectif de l'utiliser comme outil pour « refaire » d'autres membres de la famille, l'élargir et chercher d'autres « bras » pour ne pas qu'elle s'éteigne, comme l'on dirait en Kinyarwanda. Cette action de la mère n'a fait qu'accentuer le traumatisme de sa fille. En lui imposant sa volonté – le contraire de ce que Dolto (1985), Ferenczi, (2004) et Winnicott (2010) conseillent –, de porter le poids de la souffrance d'une famille décimée, la mère de Nadège lui imposait le poids de « fabriquer » des remplaçants. Pour ce cas, il était difficile d'entreprendre un travail de reconstruction psychique. Cependant, ses propos nous témoignent d'un travail énorme qui s'est opéré intérieurement. C'était le moment propice pour cheminer avec elle dans l'élaboration, cette fois-ci avec un langage autre que le silence. Toutefois, nous étions à la fin de nos travaux de terrain.

Il nous semble que Nadège fut dépositaire des traumatismes superposés, depuis son jeune âge. Elle reste enfant devant sa mère, qui la veut en tant que son enfant, mais aussi en tant que mère capable de prolonger la vie des siens en gardant les petits-enfants et en mettant au monde d'autres enfants. Elle fut le portrait des autres enfants dont l'enfance a été sacrifiée pour autre chose, par différentes personnes, animées par les finalités telles que les désirs, les pulsions et/ou pire encore par le sentiment d'écraser l'autre pour ne rien laisser.

Au moment où les autres personnes trouvent dans l'enfant le pilier de la survivance, « une des colonnes vertébrales de ce qui constitue l'humain », selon les termes de J.-L. Brackelaire lors d'un entretien, on dirait que Nadège ne s'en rend pas compte. Ses enfants ne lui appartiennent pas, nous semble-il. Ils appartiennent à sa mère qui les a désirés et qui l'a mandatée pour les concevoir. Le tout dernier qu'elle a eu après la mort de son mari – mari de sa sœur – n'est conçu que pour sauver sa vie, de crainte qu'elle ne soit pas objet de la malédiction liée à cet animal *inkura* ou de celle liée à la désobéissance à la mère. Les autres mères, par la voix de Tina, la réconfortent, mais Nadège n'est toujours pas prête à se réjouir de ses enfants.

Regarde, tu es telle que tu étais. Tout ce malheur que tu énumères, ce n'est que toi qui le connais, toi qui le vis, personne ne s'en rend compte. Tu aurais dû te réjouir de tes enfants, j'étais avec toi tout à l'heure quand le médecin te disait que les examens du labo montrent que ton enfant est sain. Cette nouvelle ne te dit rien pour ta vie dans les jours à venir ?

Et Nadège, pour toute réaction, fait un petit sourire non prononcé en regardant par terre : « Si... Oui... mais...! Heureusement, ma mère s'en réjouit, mais elle ne sait pas ce que ça m'a coûté. »

Clôturons le travail fait par le groupe autour du cas de Nadège en mettant en relief quelques éléments saillants par rapport au vécu quant au génocide, et singulièrement par rapport à l'infection au VIH appris après coup. Organiser un récit autour de ces deux entités ne se fait pas sans peine. Leur juxtaposition n'est pas possible. Le corps a subi ses deux événements traumatiques, mais le psychisme qui les abrite occulte l'un pour que le sujet puisse exister. Quand Nadège tente de structurer son récit en articulant ces deux entités qui ont gravement marqué sa vie, on observe un bégaiement, signe de manque de mots. Les ruminations sur le mode de transmission, sur « *la vie en enfer* » selon elle, sur la « *vie sans vie* » pour d'autres mères, sur le manque de place chez soi, requéraient une énergie démesurée chez Nadège.

Longtemps fixées sur l'animal mystérieux et les paroles de sa mère, ses idées se fixent sur des sentiments de culpabilité, de non-sens et du regret de ne pas avoir trouvé la clairvoyance bien plus tôt. Les Rwandais le disent clairement : « *ubwenge buza ubujiji buhise* : l'ignorance est un passage obligé, pour l'accès au savoir et/ou à la sagesse ». Ailleurs, dans l'espace « mère » Entre-nous, Dora avait évoqué une idée similaire en rapprochant « le temps d'ignorance » des « épreuves de la vie ». Elle a bien précisé que les épreuves nous rendent plus forts.

La mère de Nadège ne lui a pas laissé le temps de rester dans ce « vide créatif », pour reprendre la pensée de Douville. Il s'agit du « moment adolescent », pour emprunter leurs concepts à Masson (2004), à Munyandamutsa, (2011, p. 70). Pour nous, ce moment est celui de la « zone-tampon », moment au cours duquel s'exerce une « réalité sociale relative » (Quentel, 2004). C'est là qu'il est permis d'être « rigide », de s'opposer, pour atteindre la sagesse par soi. Nadège aura dû attendre des épreuves pour que la vie fasse son œuvre. Les choses subies qui constituent les épreuves de la vie : viol, maternité à l'adolescence, maladie, la vie singulière d'après, etc., ont fait leur œuvre, et Nadège se cachait dans le silence, où elle restait préoccupée par le sens de sa vie et par sa raison d'être.

4.5.2. Letty : *Enfant sans voix, sans voie, en quête du sens*

Comme la situation précédente, les moments forts qui sont analysés autour du cas qui va suivre sont paradoxalement vus dans l'espace « mère ». Nous préférons nous en servir dans cet espace « enfant » en raison des réalités dans lesquelles ils nous plongent par rapport au thème qui nous concerne présentement : le statut de l'enfant dans l'après-génocide.

Letty est une des mères aussi nommée « enfant » par les autres du groupe de soutien d'un autre site que celui qui vient d'être décrit. Nous la connaissons depuis le début des travaux de terrain, mais nous n'avons pu appréhender son vécu qu'au cours de la séance d'évaluation des travaux du premier temps de terrain de cette recherche-action. C'était à la

même occasion que les autres mères cherchent à qualifier le dispositif groupal qui leur est réservé. Letty s'est intégrée dans l'espace Entre-nous, avec un objectif bien déterminé, la quête du sens. Seule avec Dieu à l'église ou Entre-nous :

Je ne cherche que le sens de mon existence, seulement je ne connais pas la voie la plus sûre pour y arriver. Je vais là où je pense que je peux me sentir bien, surtout ici entre nous... Dans ma droiture qui peut être mon erreur, je n'en sais rien, je reste avec Dieu.

Ce propos ressemble étrangement à celui de Nadège. C'est la seule quête déposée entre les mains des autres mères de son groupe de soutien. Elle a l'habitude d'être régulière mais elle n'est toujours pas capable de parler en groupe. Comme le cas de Nadège, elle se montre cependant intéressée par les interventions des autres. On le voit à sa ponctualité, à sa régularité aux rendez-vous ainsi qu'au fait de suivre d'un regard intéressé celle ou celui qui prend la parole. Vers la fin d'une certaine séance, le facilitateur lui passe la parole : « *As-tu un mot à dire avant la clôture ?* », Letty répond simplement et avec un petit sourire mêlé de tristesse : « *Je clôturerai la fois prochaine.* »

Nous connaissons cette mère pour avoir été sa thérapeute personnelle pendant cette recherche-action. Depuis qu'elle est intégrée dans le groupe de soutien, elle ne parle pas. Au début, elle est toujours d'humeur triste, pleure de temps en temps. Chaque fois que les facilitateurs et/ou ses paires tentent de l'interpeller pour qu'elle mette des mots sur son état, elle est profondément émue, pleure et gémit sans rien dire d'autre. Pour finir elle dit : « *je vais parler la fois prochaine* ». Nous sommes entrées en relation d'aide à deux, à sa propre demande. C'était après l'une des séances groupales de mon premier temps de terrain en 2011. Elle nous a simplement dit qu'elle appréciait les rencontres dans le groupe, mais qu'elle n'avait pas l'habitude de parler. Elle a ajouté : « *même si je ne parle pas, j'écoute et ça m'aide* ». Lors des autres séances individuelles qui ont suivi, elle nous a fait part du fait qu'elle n'avait pas les mots pour décrire sa souffrance. Elle nous précisa qu'elle espérait qu'au fil des années, ensemble avec ce qu'elle écoutait des autres, sa douleur pourrait se dissiper ; elle nous avoua qu'elle n'avait pas de mots pour décrire sa souffrance. Par rapport à cet état, les Rwandais déposeraient ce proverbe :

« *Umutima usobetse amaganya ntusobanura amagambo* » (littéralement, « un cœur attristé ne peut pas démêler les mots »). Nous sommes perplexe par rapport à cette demande en entrevue individuelle. Veut-elle nous préciser qu'en plus de son temps de silence en groupe, il faut un autre temps pour elle, avec un tiers qui peut réécouter son silence et l'assister dans la quête du sens ? Dans ce silence, nous avons quand même appris progressivement qu'elle est née en 1980 ; elle est mère de deux enfants, un garçon de 12 ans et une fille de 8 ans (en 2011 lors de notre première rencontre). Elle évite de décrire les conditions dans lesquelles elle a eu ses enfants. Toute question qui tente d'explorer n'importe quel secteur de sa vie déclenche le silence ou les sanglots. Ce que l'on peut facilement appréhender, c'est qu'elle a eu son premier enfant, 5 ans après le génocide, à l'âge de 19 ans. Avec ces deux enfants, elle vit encore chez sa mère « *handicapée suite aux coups qu'elle a subis lors du génocide* ». Elle n'a plus de nouvelles de son petit frère qui lui aussi avait survécu au génocide. Elle ne sait pas s'il est « *mort-vivant* » ou s'il est « *vivant-mort*. »

La famille était nombreuse : « *Nous étions nombreux* », dit-elle, en prenant soigneusement soin d'éviter toute précision sur l'importance numérique de la fratrie. Les autres mères lui demande d'élever la voix, « *je n'ai pas de voix, c'est comme ça que je parle* », répliqua Letty à voix basse avec un ton à travers lequel on déchiffre facilement la tristesse, mais difficilement son contenu. Son frère fut attrapé dans une troupe de jeunes qui consommaient des drogues – « *je ne savais même pas qu'il était ainsi, je ne l'ai jamais vu avec une telle compagnie* » –. Selon les propos de Letty, son frère a été emprisonné dans une des stations de la police, dans la région où il était. Malheureusement, elle ne le retrouve plus dans la station où il était initialement détenu, ni nulle part dans les prisons de la région et personne ne lui dit la vérité à propos de ce qui s'est passé. Cette situation lui impose le silence, mais un silence chargé. Dans des situations du genre de celles que vit Letty, un silence chargé barre le chemin de la narration du contenu de l'expérience traumatique. Psychologiquement, le sujet ne se voit pas encore intégré dans un groupe social, il ne trouve personne à qui faire confiance ; le sujet est ainsi dépossédé de la parole qu'on pourrait acquérir parmi les autres. C'est donc « être amputé de tout moyen susceptible de transmettre les effets d'un tel effondrement de la subjectivité par l'avortement du sens » (Altounian, 2000, p. 16).

Pour cette personne, comme pour bien d'autres, il n'a pas été facile de mettre « les mots sur ses maux », de décrire l'indescriptible dont elle avoue déjà qu'elle n'en comprend pas le sens, qu'elle n'a pas de voix pour en parler. Cependant, elle était déjà dans cette voie, même si elle ne s'en rendait pas encore compte. La seule chose dont elle avait besoin, c'était d'en être rassurée et de trouver une autre personne avec qui elle pourrait partager le chemin. Cela lui a été possible dans l'espace Entre-nous. Que dit Letty en somme ? Incompréhension, non-sens au sujet du mystère de la disparition de son frère, de la façon dont elle fut infectée par le VIH et de la vie qu'elle mène auprès de sa mère grabataire suite au génocide. Il y a en plus le poids de la charge du rôle parental par rapport à sa mère. Ajoutons-y ses deux propres enfants, qu'elle a eus trop jeune au lendemain du génocide.

N'est-ce pas cette situation à la fois complexe et problématique qui l'empêche de se représenter le sens de son existence ? « *Je suis à la recherche du sens de mon existence.* » dit-elle avec certitude. Par cette phrase, elle nous témoigne qu'elle s'est engagée. Et la communauté affective vers laquelle elle s'est dirigée lui a été bénéfique. Elle ne pleure plus, elle est toujours ponctuelle et régulière aux rencontres en groupe. Elle suit également avec intérêt ce que les autres disent. L'attitude ainsi observée donne à penser qu'elle en tire quand même profit, malgré son masque de tristesse qui est encore perceptible dans son visage. Il lui arrive néanmoins de sourire, quand il y a une raison. Il arrive au silence chargé de se décharger, comme il arrive aux larmes de revêtir le masque du sourire. Munyandamutsa est de l'un de ceux qui nous éclairent quant au sens que portent de tels faits. Il voit à travers le silence une forme de langage de la souffrance chargé de sens (Munyandamutsa, 2008).

Le travail réparateur ou thérapeutique qui était toujours allié au recueil des données trouve ici sa place. Ce n'est pas seulement l'écoute, ou l'observation, mais aussi les transferts et les contretransferts qui sont fort mis en jeu pour appréhender le langage

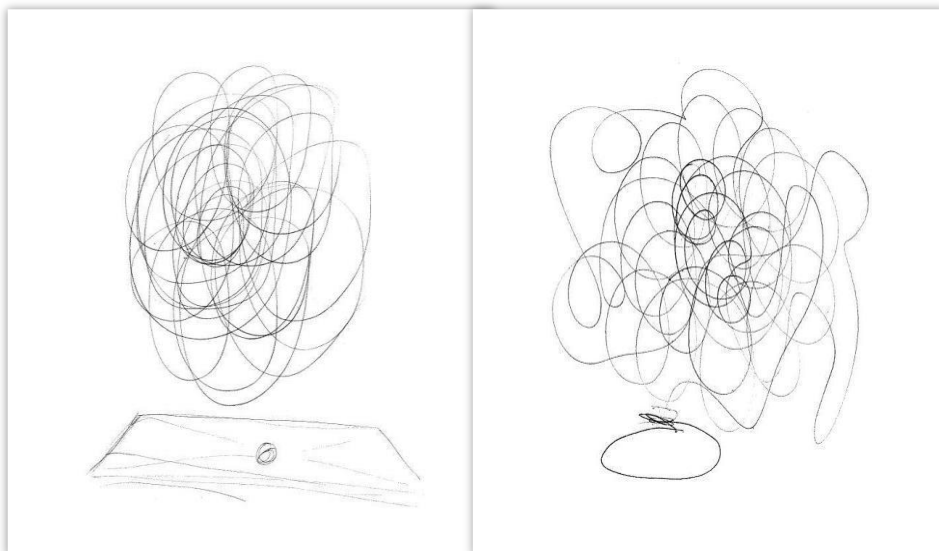
analogique qui prime sur le digital. Ce qui est libéré par chaque sujet est retravaillé et lui est rendu après que lui a été conféré un autre sens assimilable. Ainsi, pour cet enfant sans voix ni voie, le travail thérapeutique a été axé autour de « *l'erreur et la droiture* » par rapport à son objectif d'aller à la recherche du sens de son existence. Ce fut un pilier auquel cette jeune mère pouvait s'accrocher pour se réorganiser et entamer le processus de « *recherche du sens de la vie* ». Cette fois-ci, avec un être autre qu'elle-même, autre que Dieu (Imana). Mais aussi avec ses pairs à Entre-nous. Le groupe des mères lui accorde des moments de régression, d'appartenance à une mère, comme l'est chacune des membres de ce groupe. Cette responsabilité maternelle que les mères d'autres générations procurent tente de redresser symboliquement ce que le contexte de l'après-génocide avait inversé chez elle. Cette prise en charge par le groupe des mères allège surtout le poids de devenir mère précocement, sans y être préparée, y compris d'assumer des responsabilités énormes comme celles de s'occuper de sa mère handicapée.

Lors de notre dernier temps de terrain, pendant l'une des séances d'évaluation de l'efficacité de ce dispositif sur les bénéficiaires, nous avons voulu explorer si cet « *enfant sans voie en quête du sens* » a pu trouver la voie pour atteindre son objectif. En se servant de la métaphore de la bobine de fil ou du ruban de cassette, elle me précisa qu'elle ne peut pas trouver le commencement de son histoire, mais qu'elle espère qu'au fil des années, avec ce qu'elle a écouté des autres, sa douleur pourra se dissiper.

Comment décrire l'indescriptible ? Je ne serais pas capable de trouver son commencement, ce que je sais, c'est que c'est très flou, mais peut être avec le temps, ma souffrance va se dissiper petit à petit. Pour le moment, c'est comme un long fil ou ruban trop entrelacé qu'il est impossible de réarranger pour l'enrouler correctement sur sa bobine.

Elle nous fait savoir qu'elle se réjouit de ce groupe, qu'elle voit au moins comme elle était avant et comme elle est maintenant. « Comment étais-tu dans le temps et comment es-tu maintenant? », demandons-nous. Elle fait un petit sourire et prend spontanément deux des papiers qui étaient déposés à côté de nous et griffonna dessus son état psychique d'avant les groupes de soutien et celui de l'ici et maintenant et dit :

Avant, dans ma tête les choses étaient comme ce fil entrelacé comme ça. Mais longtemps avant, moi-même je ne me connaissais pas. Maintenant, dans ma tête les choses sont en peu aérées comme ça. Et c'est grâce à chacun d'Entre-nous et Dieu qui m'a fait connaître l'existence de l'AVEGA.



Représentation psychique d'avant

Représentation psychique d'après

Nous ajoutons : « C'est aussi et surtout grâce à vous-même pour tout un grand travail que vous avez fait pour votre changement. Et nous-même en avons bénéficié énormément. Ce que contient votre silence comme celui de bien d'autres mères ici présentes reste pour nous une énigme. »

Un silence éloquent dans le livre du cœur

Spontanément, chaque mère à tour de rôle prend la parole pour exprimer ce que le silence de Letty contient pour elle. Le qualificatif d'« enfant » et « le silence éloquent » que détient « le livre du cœur » soulevés par ses paires lui attribuent un caractère distinctif.

Guceceka kwe kurimo ubwenge; kandi acecekanye byinshi. Il y a de l'intelligence/sagesse dans son silence ; en fait son silence contient plusieurs choses...

Cet enfant ne parle pas. Mais, dans ce silence j'y déchiffre la tristesse doublée de patience énorme, et la sagesse.

Oui c'est vrai, elle ne parle pas. Souvent, on ne parle pas non pas parce qu'on n'a rien à dire comme elle nous le disait, mais parce que on en a beaucoup et souvent on manque des mots pour tout décrire. Souvent les choses sont indescriptibles. On ne dit que ce qui peut se dire, le reste ça s'arrange de soi, voyez-vous, elle les a bien représentés. C'est souvent comme ça que les choses sont au fond de nous.

Pour cet enfant, moi j'ai appris d'elle la patience. Elle est toujours la première à arriver dans cette salle même sous la pluie.

Souvenez-vous de ce que je vous ai dit à propos du livre de mon cœur. On ne peut pas tout lire dedans. Et vous enfants, (en s'adressant à moi et à ma collègue) qui se sont engagés à l'ouvrir, si vraiment on parvient à l'ouvrir, auriez-vous l'espace où réécrire tout ce qu'il contient ? Nous-mêmes nous avons peur de ce que nous gardons au fond de nos silences. Nous les laissons se décanter et c'est ce que Letty a fait...

Nous avons parmi nous une enfant courageuse. Elle est d'un cœur extraordinaire. Elle me téléphone pour me rappeler notre rendez-vous pour nous rencontrer entre nous. »

Qui d'autre parmi nous sauf celles qui sont voisines a pu arriver chez l'autre. Moi-même je ne l'ai pas fait, même si je l'ai souhaité. Mais Letty est venue me rendre visite alors que nous ne sommes pas des voisines.

Chaque femme de s'exclamer :

Moi aussi elle m'a visitée.

Elle m'a téléphoné c'est moi qui n'étais pas à la maison ce jour.

Letty est une brave femme. Nous pouvons la qualifier d'héroïne... Dans ce silence, elle nous a parlé, et nous y avons appris beaucoup de choses.

Au fond de nous-même, nous sommes dominée et dépassée par l'éloquence que contient le silence de Letty et bien d'autres comme elle. Aharon Appelfeld, en racontant l'histoire d'une vie au camp, affirmait que dans le ghetto et dans le camp, « seuls les gens devenus fous parlaient, expliquaient, tentaient de convaincre. Les gens sains ne parlaient pas » (Appelfeld, 2005, p. 114). Et nous prenons un petit moment pour ramasser tout ce que les femmes attribuent à Letty pour provoquer une réflexion :

« Le livre de vos cœurs » détient une richesse énorme. Je suis étonnée de l'éloquence que contient le silence de Letty, de Concilia, de Christiane et d'autres ici, et à l'autre site. Je trouve que tous ces qualificatifs que vous avez énumérés pour Letty sont comme des gros paquets de provisions qu'elle pourra utiliser tout au long de ce chemin vers la recherche du sens de son existence qu'elle poursuit. Je trouve aussi que chacune d'Entre-nous peut s'en approprier pour en faire d'usage.

Suivent alors des rires et Letty, avec un sourire difficilement prononcé, déclare : « *j'étais en quête du sens* ». Dans ce court propos, mais qui décrit en même temps l'itinéraire long et sinueux, la pensée de Boris Cyrulnick (2004, p. 23) et celle de Régine Waintrater (2003, p. 213), trouvent leur place. Nous les citons respectivement : « Il n'y a pas d'activité plus intime que le travail du sens » ; « Raconter sa vie, c'est avant tout la raconter à soi-même, cette autre de soi que le récit tente de cerner pour le constituer comme être historique dans sa double dimension de permanence et de changement ». C'est là pour nous un repère et un rappel qui nous autorise à nous écarter de l'idée de faire parler les gens qui viennent nous voir.

La tâche la plus complexe, qui nous est soumise et qui doit préoccuper tout praticien qui s'intéresse à la clinique des traumatismes extrêmes liés à la violence intentionnelle de l'homme sur l'homme, est de voir comment, à son tour, va s'esquisser la quête du sens de ce silence. S'agira-t-il d'un travail interne pouvant permettre une élaboration fructueuse ?

S'agira-t-il de l'errance psychique (Douville, 2010) ou encore d'un silence chargé (Uwineza & Brackelaire, 2014) qui mérite assistance proche pour attendre l'éclosion de la parole descriptive ?

De tout ce travail qui a été fait autour de cette situation et d'autres qui sont similaires, (Letty, Nadège et autres mères silencieuses), nous comprenons que le silence n'est pas un silence isolé. A notre propre point de vue, la voix ne sort pas, mais les ondes du réel retentissent au fond du cœur, où siège le silence. Pour communiquer une souffrance intérieure indescriptible, avons-nous appris, on ne peut pas parler en même temps normalement. Ce serait du bruit. Les morts continuent à parler, à crier, à élever leurs voix, « *jusqu'à quand, Maître saint et véritable, tarderas-tu à juger et à tirer vengeance de notre sang sur les habitants de la terre ?* »⁹⁸ À ce moment, le survivant ne fait que se taire pour écouter le cri des siens que le reste de l'humanité ignore. Nous avons été mandatée par le destin pour aller écouter le langage des sans voix, un langage de la souffrance, dans la confidentialité totale, et apprendre comment le traduire et témoigner à leur place, de l'éloquence que contient leur silence.

4.5.3. Eunice: Hypothèque d'une enfance pour le rachat d'une famille

Il va sans dire que les conséquences du génocide vont jusqu'à lourdement influencer sur la vie d'après. On sait que la mère de Nadège lui a volé son enfance, enfance qui est confondue avec la jeunesse, dans le présent contexte. Une certaine Eunice, quant à elle, a décidé d'hypothéquer sa propre enfance pour racheter celle de son frère et de ses sœurs, en assumant le statut d'une maternité précoce et en affirmant son identité de mère tout étant encore enfant.

Eunice est née en 1986. Elle a donc huit ans quand survient le génocide. Elle sera mère, par la suite. Nous la trouvons parmi les jeunes qui se réunissent régulièrement dans le groupe du Chez-nous. Elle assume les responsabilités parentales pour ses petits frères et sœurs depuis la mort des parents biologiques. À ses 15 ans d'âge, elle a eu une fille. Quand le génocide éclatait, Eunice avait huit ans. Elle ne raconte rien d'avant. Tout commence au mois de mai 1994, par les murmures de ses parents, en pleine nuit dans la brousse : « *Laissons les enfants seuls ici. Peut-être qu'ils vivront. Personne ne saura à qui ils appartiennent.* » La famille – le père, la mère et leurs 4 enfants – avait quitté sa demeure pour aller se cacher loin de chez elle ; Eunice était l'aînée. Après le génocide, elle se retrouve responsable de sa fratrie. Elle a survécu avec son grand frère et ses deux petites sœurs ; fille aînée, elle devenait depuis lors responsable tandis que son grand frère qui avait 10 ans à l'époque du génocide consommait des substances psychoactives « *pour s'anesthésier afin de pouvoir supporter la vie d'après.* »

Pour raconter son histoire, Eunice commence par : « *Je pense que...* », ou par : « *Après, mes ressources d'esprit me sont revenues, je me suis dit que...* » Elle se souvient qu'ils ont

⁹⁸Apocalypse 6 :10. Nadège justifie les raisons du silence du survivant.

quitté leur maison pour aller loin de la résidence familiale. Elle ne comprenait pas pourquoi : « *Mes parents nous ont réveillés en pleine nuit. Personne parmi nous, les enfants, n'avait de souci.* » Ils ont passé des semaines en cachette. Finalement, les parents ont remarqué que les meurtriers savaient où ils se cachaient. Ils décidèrent de se déplacer. Mais cette fois-ci, se déplacer avec les 4 enfants qui étaient encore petits n'était pas facile. C'est ainsi qu'ils ont décidé de laisser les enfants seuls, pour que celui qui aura pitié d'eux les emmène chez lui ou pour qu'ils survivent, parce que personne ne savait à qui ils appartenaient. Ces enfants sont tous en vie. Eunice a dû assumer des responsabilités parentales depuis l'âge de 12 ans. À 15 ans, elle a eu une fille. Elle n'a pas abordé ce sujet, elle a simplement dit :

[...] Je suis enfant, je suis parent, je suis tout et je ne suis rien... Quand chacun se permet de me dire ceci, cela : « Qu'est-ce qu'on va manger aujourd'hui », je leur dis : « Vous, vous avez quelqu'un à qui vous vous adressez. Prenez au moins le temps de penser. Et moi, à qui vais-je m'adresser ?

A ces propos d'Eunice, on ne peut que songer à l'ambiguïté au sujet de l'enfant, soulevée par Quentel (1993). Suite aux viols et aux abus sexuels multiples subis pendant le génocide, la petite Eunice sort du génocide vivante, mais « *avec un caché porteur de souvenirs du pire que la mort* ». C'est dans un tel état que Roisin (2010, p. 21) dirait que l'anéantissement est pire que la mort. Eunice est parmi les premiers enfants enrôlés pour le traitement antirétroviral dans la clinique d'AVEGA. Elle fut infectée par le VIH pendant le génocide par le fait d'être abusée, violée malgré son âge. Le viol est représenté dans les propos des victimes par le terme « les choses ». Que ça soit pour Eunice ou pour d'autres cas ayant eu des expériences similaires, elles parlent de « ces choses », ou simplement gardent silence et pleurent. Eunice se confie en décrivant sa situation d'après le génocide et le rôle qu'elle fut appelée à assumer.

Je ne savais pas ce qu'était cette maladie. Je savais que l'on m'avait fait des choses... (Pleurs). Mais... (Silence prolongé). Une des mamans d'ici à l'AVEGA est venue jusque-là où je vivais avec mes sœurs. Mon frère, lui, il rentrait à la maison à volonté. Il était emporté par les autres jeunes de son âge, morts de drogues ! Cette maman... (Devient pensif pour trier dans sa mémoire le nom exact parmi tant d'autres mères qui l'ont assistée ; enfin elle cita son nom), ... elle ne m'a pas fait testé seulement, elle a aussi fait tout pour nous tirer dans la maisonnette qui laissait passer de l'eau pendant la pluie et le vent toute la nuit... Elle nous a trouvé une maison dans le nouveau village des maisons achevées pour les survivants vulnérables. Nous étions misérables ! Au moment où je pensais à ce que l'on va manger, mes petites sœurs criaient au-dessus de moi pour me demander ceci ou cela ; entre-temps, la maladie me rongait les os jusqu'à la moelle (umusokoro). Napfaga buhoro-buhoro mbyumva, (je mourais progressivement étant consciente). Un jour, pour les faire taire et pour me donner la paix, je leur ai dit : « vous, vous avez la chance de vous adresser à moi. Et moi, voulez-vous que je m'adresse à qui pour se porter garant de vos demandes sans réponses. Et finalement si moi j'ai des requêtes, à qui vais-je m'adresser ? Apprenez à être adulte comme je l'ai appris ». Cela ne leur a donné aucune leçon. J'ai sacrifié ma vie pour eux, mais je ne le regrette jamais. Quand je vois que mon frère est devenu un enfant comme tant d'autres, en train de faire l'université maintenant, je me dis que je ne mourrai point et que je n'ai pas hypothéqué mon enfance pour rien.

Serait-ce là une tentative de « désirer vivre lorsqu'on se sent déjà mort » (Roisin, 2010, p. 2) ? Il nous semble que oui. Nous poursuivons les détails sur ce cas, qui nous témoigne de la façon dont Eunice a dit « non » à la mort pour poursuivre la vie. Pour elle, il faut faire le contraire de ce que le tortionnaire désire pour le sujet. Son agresseur lui avait prescrit la tristesse dans la maladie chronique outre les responsabilités qui la dépassent. Enfermée dans ce cercle, il serait difficile de s'affirmer autrement. Grâce à sa détermination et la présence de l'autre mère, Eunice a pu se redéfinir en tant que fille-mère et non mère-fille.

4.5.3.1. Mère-fille niée, fille-mère affirmée

En 2001, à 15 ans d'âge, Eunice met en application l'idée qui la hantait depuis plusieurs années. Celle de mettre au monde et d'« avoir une raison de survivre ».

Chaque fois que mon frère ou mes sœurs, chacun à tour de rôle, se plaignaient de ceci ou de cela dans mes oreilles, je me disais qu'un jour, je leur laisserais le privilège d'être enfant –que je n'ai jamais d'ailleurs eu – pour être mère. Comme ça, quand ils vont pleurer au-dessus de moi, je leur accorderai les mêmes droits que ceux de mon propre enfant... Sinon, c'était injuste de continuer à me considérer comme leur mère alors qu'ils ne savaient même pas ce que j'ai dans mon corps... Et si je leur en parle ?... Ils mourront avant moi ! ... J'ai dit : « Tant pis, pour la maladie, je m'en fiche... je voulais un enfant et je voulais laisser la place aux autres enfants pour être autre chose ». Souffrir pour rien, ou souffrir pour les enfants comme moi... est-ce que comme ça, j'étais réellement enfant ? Je n'ai jamais cessé de me demander qui je suis. Enfant, fille, femme, homme, tout, quoi ? Quoi ? (Elle monte la voix avec un ton agressif) Vu ce que l'on m'avait fait... (Silence, tristesse et pleurs).

Avec des rires mêlés à de la tristesse pour se reconforter, contenir ses propres larmes et éviter que ses pairs ne fondent aussi en larmes. Didier, 21 ans, réagit aux propos d'Eunice par son propre témoignage ; il l'amorça avec un conseil livré tel un ordre :

Ni ugukamirika⁹⁹ (littéralement : il faut être endurant) un militaire dans sa formation doit prouver qu'il maîtrise très bien ses exercices physiques ou autres enseignements usuels pour les tâches qui lui seront confiées. C'est ça que j'appelle Gukamilika. Et tu as déjà réussi toutes les épreuves. Qui peut te contredire une fois que tu te poses des questions toi-même et qu'en même temps tu trouves des réponses en toi, par toi, pour toi et pour d'autres enfants de ta famille?... (Un petit silence réflexif). Moi j'ai la chance d'avoir encore ma mère biologique. Elle aussi a « ce problème¹⁰⁰ » comme nous tous. Mai, moi aussi comme toi, aucune minute n'a passé sans me demander réellement qui je suis. Maman sait qu'elle a un fils, c'est tout. Mais, moi aussi je pense énormément à elle. Je suis son fils, son mari, son médecin... Tout en fait ! Et elle ne le sait pas. Souvent je quitte l'école sous prétexte que je suis malade, mais en réalité c'est pour aller voir ma mère. Je dois aller voir si elle va réellement bien, si elle prend son médicament, si la maison ne lui est tombée sur la tête...

⁹⁹ Ce mot vient du verbe Gukamilika, il n'est vraiment pas présent dans le vocabulaire du Kinyarwanda. Il est proche du Swahili et est utilisé couramment par les jeunes adultes du même âge, en l'occurrence les militaires. Le sens de ce mot recèle trois dimensions : la patience, l'endurance et l'habileté.

¹⁰⁰ Pour dire le VIH/SIDA.

mais j'ai hâte de terminer les études pour lui construire une maison avant d'entreprendre quoi que ça soit. Mourir, pour moi ce n'est pas pour demain.

L'intervention de Didier fut comme le levier-stimulateur d'Eunice pour aller au bout de son histoire. Elle témoigna que, depuis qu'elle s'est retrouvée « mère » de son frère et de ses sœurs, le désir de mettre au monde son propre enfant n'a jamais cessé de lui venir à l'esprit comme réponse à ses conflits internes et externes qui se manifestent par des questions telles que : « Qui suis-je ? » ; « Pourquoi c'est moi ? ». Il lui a fallu du temps pour négocier à l'intérieur d'elle-même, s'interroger et interroger l'autre, surtout au sujet « du corps étranger » qu'elle porte en elle partout, et qui « murmure » dans ses oreilles jour et nuit que demain ou après-demain elle va mourir.

Pour anéantir toutes ces voix, j'ai dit que je veux absolument mettre au monde et ainsi, je ne mourrais point car j'aurais une raison de me battre pour la vie. Même si je vais mourir, je laisserai une descendance. Voyez-vous, quand on vit avec cette maladie, la voix menaçante et terrifiante ne se tait jamais... elle murmure dans mes oreilles jour et nuit que je vais mourir demain ou après-demain. Elle m'a dominée et m'a convaincue que, même si je mets au monde, l'enfant sera comme moi, et va mourir aussi après moi ou que je vais mourir pendant l'accouchement. C'est ça qui m'a rendue malade pendant plusieurs années, je suis arrivée presque à l'entrée de la tombe. Je ne pouvais ni manger, ni boire, je pleurais seulement. Ne me demandez plus qui avait pris le relais de mes tâches. Je n'attendais que la main de Dieu pour m'achever et pour décider de mon destin. A ce stade, ce n'est que Dieu, Dieu, et Dieu seul, je lui avais rendu mon âme ! Il a poussé la même maman de venir chez moi en pleine nuit, c'est grâce à Dieu qu'elle m'a amené à l'hôpital.

« Imana itera amapfa ni nayo itera aho bahahira¹⁰¹ ». Ce proverbe rwandais explique sans détour comment Eunice s'est rétablie et est devenue ce qu'elle est aujourd'hui. Pour elle, elle fut anéantie par la maladie, situation qu'elle compare à la famine occasionnée par Dieu, pour que ce même Dieu pousse « une personne de bon cœur », la mère qui travaillait à l'époque au sein de l'AVEGA, à l'amener jusqu'à l'hôpital. Le séjour pendant lequel elle fut hospitalisée a été pour elle l'occasion d'être à la rencontre de l'autre, afin de se connaître soi-même et de connaître sa « maladie ».

C'était un moment de formation, j'y croisais plusieurs visages de soignants, de malades, d'autres personnes comme moi, même celles qui sont plus malheureuses que moi.... Tout ce monde m'a éclairée : maintenant je sais ce qui tue et ce qui guérit... Pour vivre, il suffit de faire le contraire de ce que ton ennemi veut de toi. Ils savaient qu'ils ont tué mes parents, qu'ils ont tué mon enfance, et... mais...

Eunice suspend ses propos en amont de toute une réalité, pilier de sa survivance. Une réalité autour de sa redéfinition, de son affirmation sur un choix parmi tant d'autres entre lesquelles ses pensées flottaient. Entre enfant, fille, femme ou mère et « autres qualificatifs absurdes » que la situation post génocide lui a assignés. Ces propos sont donc suspendus à son choix déjà opéré, celui de nier l'impossibilité d'être mère étant fille, mais plutôt d'affirmer sa nouvelle identité d'être fille-mère afin d'exister (Le Guen, 2001).

¹⁰¹ Peut se traduire littéralement « Le Dieu qui occasionne la famine, crée aussi un lieu de ravitaillement ».

4.5.3.2. La clinique de l'univers culturel

Bien que les conseils donnés par l'équipe soignante découragent énergiquement l'idée de mettre au monde dans la séropositivité au VIH, l'univers culturel dans lequel était ancrée Eunice lui sert plutôt de voie de guérison. Dominée par les convictions cumulées des personnes qui ont décidé d'avoir des enfants et qui ont trouvé en eux une raison de vivre, Eunice est allée se confier à la « *maman-messenger de Dieu* », celle qui travaillait à l'AVEGA et qui a été près d'elle, de ses sœurs et de son frère. Ce n'était plus un conseil, c'était plutôt pour partager son choix hasardeux.

« Mettre au monde dans la séropositivité au VIH est un fait qui affaiblit le corps et risque la vie de la mère et celle du fœtus », ai-je appris des soignants. Mais moi je suis convaincue que c'est bien ça qui peut me guérir. Non pas de la maladie, mais de ses dérivés qui d'ailleurs tuent plus que la maladie en soi. J'ai décidé de mettre au monde avec la conviction que si je mourais, tant pis car je suis déjà morte et je m'en fiche, si j'y parvenais, désormais je vivrais. Cette maman m'a regardée, je crois qu'elle fut étonnée de la détermination que j'avais. Et elle m'a dit 'go ahead' en me rassurant qu'elle serait toujours avec moi et avec l'enfant que je mettrais au monde. J'avais le devoir de visiter la clinique plusieurs fois pour ça, et j'ai eu un enfant sain. Désormais je ne suis plus malade, on dirait que ma maladie a su que je n'ai pas de temps pour elle. Je travaille pour mon enfant, pour mes sœurs et je peux tout supporter... L'ennemi ne veut que nous voir triste et moi j'ai dit NON même si ça m'arrive, mais ce n'est pas la fin, j'essaie de me battre et c'est ça la vie!

Les propos d'Eunice nous éclairent au sujet de l'immortalité des parents à travers les descendants. C'est bien ce pouvoir qui a aidé Peace, connue comme « enfant de tout le monde et de personne, de partout et de nulle part » (Uwineza & Brackelaire, 2014), à marcher, à dormir, à exister et faire quoi que ce soit, tout en sachant que symboliquement ses parents qu'elle n'a jamais vus existent en elle. Eunice est actuellement mère biologique d'une fille qu'elle a mise au monde en 2001. Désormais, elle existe en sa fille et ses parents existent en elle ; elle assume déjà ses responsabilités « maternelles », celle que le contexte d'après génocide lui a assignée et qu'elle a intégrée en réaffirmant son statut de fille-mère au détriment de celui de mère-fille (Le Guen, 2001). « *Je voulais jouer le rôle maternel en étant réellement mère. C'est ça qui pouvait donner sens à ma vie, sino, je ne la supportais plus. Et si jamais la mort survenait...* », clarifie Eunice avec affirmation et fierté.

Pour ce qui est de son enfance, elle nous révèle qu'elle ne s'est jamais sentie « enfant ». Il nous a été impossible d'accéder à sa vie d'avant le génocide pour tenter de ramener à sa mémoire le temps où elle fut enfant. Ses propos ne remontent qu'« *au pire du pendant* », d'où provient sa « *maladie* » (sida). Elle nous avoue qu'elle se réjouit de son enfant, de ses sœurs et de son frère. Nous reviendrons plus loin sur son inaccessibilité à l'histoire d'avant dans la partie qui traite du récit d'enfant autour du génocide.

La détermination d'Eunice de mettre au monde vient pour articuler l'idée qui noue la vie avec la maladie aux repères culturellement construits. Ce sont en général les valeurs les plus dominantes d'une culture, son système symbolique ainsi que ses rapports sociaux qui s'imposent pour relativiser l'impact potentiel de la maladie chez la personne qui vit avec (Kleimman, 1989 ; Laplantine, 1992). Dans le cas d'Eunice, son univers culturel accorde à

l'enfant une place vitale. Avoir son propre enfant était pour elle une condition nécessaire pour pouvoir assumer des responsabilités qui lui avaient été assignées par la vie d'après le génocide. C'était aussi une raison qui la poussait à se battre pour survivre. Cette aventure d'Eunice ne met-elle pas en relief la nécessité d'un travail thérapeutique fondé sur l'univers culturel du patient lui-même, celui de son entourage plutôt que sur le savoir préétabli du professionnel à son service ? L'univers culturel du patient est l'un des éléments importants à prendre en considération avant d'entreprendre sa prise en charge. Plusieurs auteurs qui ont étudié l'anthropologie de la maladie appuient cette logique (Massé, 1995 ; Herzlich & Pierret, 1991 ; Kleinman, 1989 ; Laplantine, 1992).

Lors de nos entretiens de novembre 2013, nous apprenons morceau par morceau qu'après un certain nombre d'années son grand frère a pu revenir « à la normale ». Eunice avoue qu'elle ne sait pas par quelle providence. Elle avait tout fait pour le ramener à la maison, mais en vain. Chaque fois que les membres de l'association AVEGA venaient stimuler Eunice pour le traitement et pour être près d'elle pendant sa maternité précoce, ils essayaient d'approcher son grand frère. « *L'une ou l'autre des mères qui lui ont parlé, le temps où je ne sais pas qui et quoi a inculqué en lui l'esprit des enfants bien éduqués* », atteste Eunice. Nous apprenons que finalement il a pu faire des études, qu'il a réussi les examens nationaux et qu'il a eu la note suffisante pour accéder à l'université. Une chose qui nous paraît aussi paradoxale est que bon nombre de survivants, adultes ou enfants, racontent des histoires remplies aussi de succès, mais les racontent dans la désespérance. On dirait qu'ils ne sont pas sûrs du succès ou qu'ils se demandent si ça va tenir alors que l'effort dans la création et dans l'inventivité est remarquable.

De notre côté, pendant les actions de terrain, nous n'avons fait qu'observer et faire observer ce que cette population « déterminée à se construire elle-même » (Rutembesa, 2013, p. 367) est en train d'élaborer. Quel chercheur pourra avoir le courage de sauvegarder l'œuvre de ces artisans de leur propre survivance et de leur approprier ce qu'ils ont fait eux-mêmes et ce qu'ils nous ont fait savoir ? Nous ouvrons cette porte pour témoigner ce que ces mères, ces enfants d'entre générations ont pu faire pour elles-mêmes, et ce qu'elles ont pu faire pour les autres d'entre-génération. En regardant le parcours de ces enfants, celui des mères d'entre générations, du personnel « *messenger de Dieu* » qui ne regarde pas les aiguilles de sa montre pour commencer et arrêter le travail, qui ne craint ni la nuit ni la pluie pour se rendre dans la hutte d'un enfant vulnérable, en écoutant et en voyant l'adaptation théâtrale du livre *SurVivantes* de Esther Mujawayo et Souâd Belhaddad¹⁰², il n'y aurait plus jamais place pour des formulations du genre « *Nous avons mis en place... ; une équipe d'experts a initié....* ». À notre modeste façon de voir les choses, aucun chercheur ne devrait user de sa « scientificité » autour du pessimisme qu'implantent les traumatismes chez un survivant du génocide et ne devrait jamais s'approprier les actions reconstructrices. Nous n'avons fait que frapper à la porte de ces mères et de ces enfants, ils ont ouvert et nous sommes allées observer. Maintenant nous témoignons d'une partie de ce

¹⁰² Rwanda, mais avant ? Et puis après ? Texte et mise en scène par Souâd Belhaddad avec Aurore Déon. Itinérances asbl (Belgique) et Compagnie Vivante (France). Joué le 22 et 23 septembre 2014, à l'Espace Pôle Nord, Bruxelles.

que nous avons pu constater. Quelle tâche combien difficile de rendre abstraite la réalité afin de rester dans la posture de chercheur novice !

C'est donc le cas d'Eunice qui nous a invitée à remonter le temps de terrain pour nous rendre compte de cette réalité qu'est le pessimisme du survivant. Eunice aussi parlait des études de son frère avec une inquiétude que « *je vivais minute par minute* » ; elle avait peur « *il n'arrivera peut-être pas au bout car ils ont des problèmes financiers pour trouver le nécessaire* ». Elle continue à se soucier de la vie son frère, même à l'université. Elle craint que lui aussi puisse un jour être infecté et arrêter ses études. Depuis que nous avons été à l'écoute d'Eunice, nous ne l'avons jamais vue ou entendue agir comme une enfant, une jeune adolescente, bien qu'elle soit membre du groupe des jeunes.

C'est avec ce cas que s'affirme l'hypothèse qui attribue à l'enfant le qualificatif de « pilier inébranlable de la survivance » de la mère, d'« une des colonnes vertébrales de celles qui font l'humain ». Comme il a été démontré après l'analyse des données du chapitre précédent, l'adulte va jusqu'à s'approprier l'enfant de nulle part pour se sentir responsable et par conséquent vivant. Cette situation et bien d'autres qui lui ressemblent nous ont convaincue de l'intérêt pour un sujet d'être adulte dans la peau d'un enfant ou enfant dans la peau d'un adulte. Avant de poursuivre cette réflexion, nous présenterons d'autres situations qui nous permettront d'appréhender notre thème dans toutes ses dimensions.

4.5.4. Annette : Enfant abusé et/ou violé, avenir détourné

Nous sommes à l'un de nos sites de terrain de recherche, précisément dans le groupe de soutien des adolescents et jeunes adultes. C'est presque la fin de notre dernier temps de terrain. La séance groupale de ce jour vise l'évaluation de l'efficacité du dispositif pour chacun des jeunes qui s'y rassemblent. Annette nous confie son histoire troublante. Tout au long de ses propos, nous y décelons encore des paradoxes qui caractérisent la vie post-génocide au Rwanda. Dès le début de l'initiation du dispositif des « enfants », Annette est présente et régulière. Elle est propre et, tout au long des séances, ses yeux sont toujours trempés de larmes. Elle parle peu, mais est attentive aux propos des autres. À notre regard l'incitant à parler, elle sourit et verse quelques larmes et se retient pour ne pas pleurer. Aujourd'hui, elle est prête, les larmes sont nombreuses. Tout au début de la séance, elle nous fait savoir d'emblée que ses larmes sont séchées pendant qu'elle en verse à foison !

Commençons par l'année-repère, tant pour le Rwanda que pour la sous-région, l'an 1994. C'est là qu'elle commence son histoire, c'est là que la plupart de ses collègues se repèrent. C'est là même, dans le langage courant d'après génocide au Rwanda, que l'on se repère. C'est le repère, dirait-on, national. En 1994, Annette avait seulement 5 ans. Aucune autre histoire d'avant ne lui reste en mémoire, sauf l'odeur de fumée et la voix de sa mère qui la réveille en pleine nuit, en l'agitant avec une voix lui ordonnant : « *réveille-toi et sortons vite d'ici* ». La consigne était de sortir et de suivre ses parents en silence et elle ne savait pas pourquoi. La maman portait dans les bras sa petite sœur encore bébé et le papa

portait son petit frère de 2 ans. Annette, l'aînée de 5 ans, devait marcher pour s'éloigner de leur maison brûlée en pleine nuit. En cours de chemin, elle perd de vue ses parents. Depuis cette nuit, elle n'a pas eu de nouvelles de ces parents ni de sa petite sœur ni de son petit frère.

« *Après une période vide, période où la vie n'était pas encore revenue, quand on ne voyait pas encore devant* », période qui suit directement « la sombre tragédie » (Gómez-Mango, 1992, p. 8), Annette s'est retrouvée dans un des centres de transit pour les enfants non-accompagnés qui étaient nombreux après le génocide et la guerre. Quand le gouvernement rwandais a commencé sa politique de sensibilisation des gens afin de réunir les enfants avec les familles plutôt que de les placer dans les centres, un oncle paternel d'Annette apparaît par miracle en 1996. Annette nous confirme qu'elle avait déjà oublié le passé ou qu'elle ne savait pas « *où était parti son esprit.* » Elle ne se souvenait même pas qu'elle n'avait plus de parents.

Nous apprenons qu'en 2003, à l'âge de 14 ans, elle tombait fréquemment malade ; quand elle est allée voir le médecin, on lui annonça sa grossesse et le statut sérologique positif. C'est alors qu'elle a tout dévoilé au médecin. La suite pour elle fut la rupture avec « son oncle » – mais l'est-il réellement ? – qui fut emprisonné par la suite. Annette fut de nouveau amenée dans un autre centre ; ensuite elle fut transférée dans un hôpital qui l'a gardée longtemps pour surveiller sa grossesse, à risque vu son âge. Après elle est rentrée avec son enfant sain dans le village d'enfant SOS. Pour le moment, le fils d'Annette vit dans le village d'enfants alors qu'elle se débrouille bien dans son petit commerce, car elle n'a pas pu terminer ses études « *suite aux crises traumatiques* » qui ont caractérisé sa vie. Son seul souhait est de trouver les moyens qui lui permettront de récupérer son enfant « *pour être mère pour lui.* »

C'est dans un tel environnement que la plupart des enfants étaient enfermés dans ce temps, qu'ils connotent de « *vide* », de « *sombre* », de « *ténèbres* ». Après-coup, « *la raison est revenue* » en elle et elle pu réaliser combien son avenir avait été détruit.

En fait je ne comprenais pas exactement ce qui se passait. Ce fut pour moi une période... (pensive) disons vide. Et dans le centre, je me réjouissais avec d'autres enfants, et comme il y avait des parents qui venaient chaque jour prendre leurs enfants, je savais bien que mes parents viendraient aussi un jour me chercher... Quand la raison est revenue en moi, je me suis dit que cet homme ne dispose pas d'un cœur des humains. (Les larmes coulent mais elle continue son propos)... Il ne voulait que détruire mon avenir. Je ne sais plus si je pourrai me rattraper. Moi, je me disais que même si je suis orpheline, j'irai loin. Je me disais que j'allais faire des études en médecine jusqu'à un niveau satisfaisant, et qu'après je devrais travailler dans un hôpital pour soigner les gens, me marier avec un gentil homme, qui travaille aussi, je ne sais pas dans quel domaine (rires mélangés de larmes) ... J'envisageais de marquer la différence, témoigner qu'être orphelin ne veut pas dire pleurer, quémander... et voilà ! ... Le seul rêve qui me reste est d'être une bonne mère pour mon enfant, malheureusement son avenir ne va pas être ce qu'il serait. Il ne va même pas avoir ce qu'il aurait si... (Ce sont des pleurs qui prennent le temps).

De telles histoires des jeunes nous imposent souvent le silence. Et effectivement nous faisons silence pour nous laisser dominer par les surprises de tous les sujets-jeunes, par leur jeu de paroles humoristiques teintées de tristesse que chacun essaie de camoufler par des rires immotivés ou des injonctions de propos lancés à tour de rôle. Chacun fait allusion à son propre vécu qu'il formule dans le format du général (Uwineza & Brackelaire, 2012). Nous sommes toujours présente, préoccupée par « *la réalité psychique interne, et le monde externe* » (Winnicott 1975, p. 90), tel qu'ils sont appréhendés par chaque sujet.

Enfin le jour est arrivé, ce n'est pas le papa, c'est l'oncle qui est venu. Annette ne le connaissait pas. « *Personne d'autre ne sait si réellement il est l'oncle, ou l'étranger-tout le monde, qui voulait s'approprier les biens des survivants encore enfants* », nous dit Annette. Elle a tissé son histoire progressivement, à partir de ce qu'elle a entendu dire et de ce qu'elle appréhendait elle-même à travers l'histoire apprise à l'école, à la radio ou de ce qu'elle entendait dire dans son voisinage. Chaque fois qu'elle voulait en explorer les détails en questionnant son oncle, il lui répondit simplement. « *Il y a eu un génocide. Tes parents, ton frère et ta sœur sont déjà morts, mais nous sommes là, nous resterons tes parents, tu ne manqueras de rien.* »

Immédiatement des rires compatissants de Bénie, d'Elisa et d'autres propos émis librement suivent et mettent fin aux larmes d'Annette. Ces rires et propos sont lancés sur un ton humoristique, mais à nos yeux, ils expriment un sentiment de révolte, qui nous témoigne que maintenant le sujet jeune, connoté d'« enfant » depuis plusieurs années jusqu'à présent, se rend compte de ce que le monde extérieur lui a fait en profitant de son ignorance et de sa vulnérabilité. En voici quelques répliques :

On aurait dû faire des études comme tous les autres enfants et on serait peut-être des milliardaires.

Bénie en rigolant : *Ce qui est absurde, c'est que l'on pleure du fait que l'on ne se rend même pas compte de ce que l'on serait si...*

Elisa en rigolant : *Peut-être que la vie serait plus qu'elle est pour nous maintenant.*

Ninette : *Annette, tu n'es pas la seule. Même si je rigole, c'est que je n'ai pas d'autre alternative. Si on ne rigole pas, on peut facilement en mourir ! C'est exactement ce qui m'est arrivé... Il t'a trompée qu'il est ton oncle, et qu'il te sera un père. Et moi, il m'a trompée qu'il me sera un bon mari qui va me faire oublier. Où est-il ? Que m'a-t-il fait ? Que vais-je dire à mon fils ? Je vais aussi lui mentir que je lui serai tout, père et mère.* »

Bénie avec un ton humoristique, mélangé de tristesse immense :

Didier a déjà décidé d'être tout pour sa mère, son mari, ha-ha-ha. Tu seras donc ton papa ! ha ha ha ha (Rires de tout le monde) son médecin, son milliardaire ! Suivons ce chemin. C'est le seul qui nous est tracé 'my friends'.

Ces propos reflètent une réalité qu'il ne faut pas ignorer et que comportent les abus sexuels, les biens accaparés par des adultes qui se proclament membres de la famille élargie, les responsabilités qui vont au-delà de leurs possibilités, l'impression que les

horizons sont bouchés, les paradoxes multiples, les impossibilités et absurdités d'après le génocide, etc. Les réactions de chacun de ces jeunes face à cette réalité nous imposent de revoir le couple d'hypothèses liées, d'une part, à la réalité psychique face au génocide, d'autre part, à l'infection au VIH que nous avons posée pendant le travail avec les mères.

Comme pour les mères, ces deux entités menaçantes ne font pas bon ménage dans le psychisme du sujet jeune. Au moment où les mères occultent l'un des deux, les jeunes quant à eux gommement complètement la maladie et rendent fort présent le génocide par le fait de vouloir le comprendre à fond.

Qu'est-ce que le génocide ? Qui l'a amené ?

Fils, 8 ans

C'est quoi les conséquences du génocide ?... Est-ce que l'auteur du génocide est le même que celui du sida ? ... Je veux tout savoir, et tout connaître.

Fille, 12 ans

La seule chose dont j'ai besoin est que toutes ces questions... puissent trouver réponse un jour, par l'un ou l'autre parmi vous qui étiez adultes à ce moment.

Peace, 19 ans.

Il nous semble que la vie avec la maladie leur fait penser que l'avenir positif ne peut pas être possible. Comme ils luttent pour la vie, déterminés à se reconstruire eux-mêmes, cette maladie qui « *réduit les jours de la vie, et qui approche la mort* » est complètement effacée. Cela contribue à la réactivation de leur sentiment d'existence. Au moment où les jeunes filles, victimes de viols ou d'abus sexuels, comme Annette, Bénie et Eunice se déterminent pour la réussite de la vie de leurs enfants, les garçons portent la responsabilité de leurs mères. Nous le voyons à travers le cas de Didier, qui porte la responsabilité de veiller à ce que sa mère prenne le médicament correctement, tout en gardant en tête qu'il a intérêt à réussir ses études et qu'il ne fera rien pour lui-même sans avoir construit la maison de sa mère. Pendant que la mère de Tito sombre dans la dépression, son fils prend le relais pour faire la cuisine, se présenter à la clinique pour lui ramener les médicaments. Ci-dessous certains extraits illustratifs. C'était à l'occasion de l'exploration des perspectives pour l'avenir des enfants. Comme décrit dans la partie méthodologique, cela se faisait pendant la présentation, qui était plus prolongée. Chaque jeune avait à faire part aux autres de la façon dont il conçoit son avenir et les moyens qu'il va mettre en place pour y accéder.

... Je dois aller voir si elle va réellement bien, si elle prend son médicament, si la maison ne lui a pas chuté dessus... mais j'ai hâte de terminer les études pour lui construire une maison avant d'entreprendre quoi que ça soit. Mourir, pour moi ce n'est plus demain.

Didier.

Vous, je vous le dis, car je souhaite que vous sachiez et que vous preniez soins de vous sans voir la mort tout près. Si vous le décidez, rien ne vous empêchera d'arriver plus loin. Regardez-moi, et si je ne vous le dis pas, sauriez-vous que j'ai la maladie ? Il m'arrive même de l'oublier. Je ne sais pas comment les choses s'organisent, je sais seulement que je dois prendre mon médicament ; le reste, je mène ma vie comme les autres. Je suis responsable de plusieurs choses à mon école, même le club anti-sida, et personne ne le sait... Je pense qu'après mes études, je serai un grand entrepreneur.

... Depuis que j'ai su ce qui est arrivé à ma mère, j'ai dû mourir de chagrin. J'ai regretté d'avoir entendu parler de ça. Mais, j'en ai tiré une leçon. Je ne l'accuse plus de rien, les questions que je lui posées, je les ai retirées, elle est là, elle m'écoute, je crois qu'elle m'a pardonné. Quand j'ai pris connaissance, j'ai fait la paix, mais alors le combat ne se termine pas si vite qu'on le souhaite. Ma mère a demeuré longtemps dans la crise, je préparais pour elle, elle refusait de manger, elle refusait de revenir prendre les médicaments, ça nous a été trop dur. Mais, je me suis dit, c'est bien moi qui reste avec elle, je vais faire ce qu'il faut. Quand elle avait refusé de prendre ses médicaments, j'ai dû venir ici – à l'AVEGA, j'ai crié, j'ai crié « ma mère va mourir. » – Toi, tu te rappelles de tout ça (avec des rires et en pointant du doigt notre collègue) et les soignants venaient nous rendre visite à la maison avec des médicaments, de la nourriture, je dirais qu'AVEGA nous a beaucoup aidés.

Tito.

Moi je serai un des gouvernants... la seule chose qui me ramène à l'esprit que j'ai cette maladie, c'est quand je dois prendre le médicament alors que je ne suis pas malade. J'entends les amis de mes parents – je vais dire mon oncle et sa femme – qui ont pitié de moi, disant « oh ! Voici le petit de tel. Il a grandi ». Ou les voisins que je rencontre à la source où nous puisons de l'eau, qui parlent de moi. C'est d'ailleurs par cette occasion que j'ai su que mes parents ne sont pas les vrais parents. Ils m'aiment beaucoup. Je leur ai demandé tout et ils m'ont tout expliqué. Quand on sait, et quand il y a la paix à la maison, tout s'arrange sans beaucoup d'effort. La maladie ne me prend plus de temps.

Shema

... Le seul rêve qui me reste est d'être une bonne mère pour mon enfant, malheureusement, son avenir ne va pas être ce qu'il serait... Le temps des études est dépassé, je n'ai même plus la mémoire qui pourrait retenir des choses difficiles, mais je lutte pour chercher un métier qui me permettra de gagner le nécessaire pour moi et mon fils. Je souhaite le faire sortir du centre pour qu'il sache qu'il a une mère. Je sais qu'il va me poser des questions difficiles. Mais, je suis formée pour ça. C'est une chose que j'ai acquise de vous ici chez-nous. En vous voyant nous écouter, avec tous ce que nous avons comme problèmes, ça a été une formation pour moi. Je crois d'ailleurs que c'est ce que nous pourrions faire non seulement pour les enfants, mais aussi pour d'autres qui sont loin dans la campagne, qui ont le même vécu que nous, mais qui n'ont pas eu la chance de rencontrer des gens comme vous.

Annette.

... Mon avenir ?... Il n'est pas ce qu'il aurait dû être. Mais rien ne m'empêchera de faire vivre mon enfant comme je le pourrai. Je ne le priverai de rien, mais j'ai peur de ce que je vais lui dire, une fois qu'il va me poser des questions en rapport avec son père. Je prie le bon Dieu pour me maintenir dans le calme. Je ne sais pas si je vais oser lui dire la vérité. De toutes les façons les enfants ne sont pas les ignorants que nous le croyons. La première chose qu'ils savaient sans l'apprendre de qui que ce soit, c'est que tout enfant a une mère et un père. Que vais-je lui dire de son père ? Que je lui serai tout ? Père et mère, grands-parents... ? ... Les conséquences du génocide... ? Oui mais ce sont des réponses qui ne tiendront pas pour longtemps. Voilà ce qui préoccupe mes pensées pour mon avenir. Quant

*aux moyens à mettre en place pour y arriver, c'est à vous de me le dire, vous qui faites des recherches pour écrire des livres*¹⁰³.

Bénie

Il nous semble que pour survivre, les jeunes ont recours au phénomène psychique de clivage de la réalité liée au VIH, et rendent fort présente la réalité liée au génocide qu'ils souhaitent comprendre dans ces racines. Nous posons cette hypothèse, en nous appuyant sur la dynamique des groupes pendant les différentes séances. Sans se lasser, selon l'âge de chacun, les enfants nous adressaient des questions qui nous plongeaient dans l'impasse. Une enfant de 12 ans, qui veut connaître à fond ce que c'est le génocide et ces conséquences, qui veut savoir le lien entre « *l'auteur du génocide et le créateur du sida* », nous éclaire au sujet de l'occultation de la maladie et de sa projection dans l'avenir.

Je prends seulement les médicaments, je ne sais pas pourquoi, je ne veux même pas le savoir car je le sais déjà... Je me réjouis que j'ai des parents qui m'aiment... je n'arrêterai jamais les études, moi je voudrais faire la médecine et plus tard quand je serai adulte, je vais devenir ministre de la santé. Et là, je ferais plusieurs choses.

Exceptionnellement, parmi les jeunes que nous avons accompagnés, Aimé est un cas particulier : non infecté, mais tellement affecté par l'histoire de sa mère qu'il connaît en détail – celle qui ne nous a pas laissé indemne et qui nous a obligée de modifier le calendrier de travail sur terrain–. Il accepte de porter psychologiquement dans son corps la maladie de sa mère et se cherche une place Chez-nous parmi d'autres jeunes affectés et infectés par le VIH/sida. La position de ce garçon, fils de sa mère, s'écarte catégoriquement de celle de Peace, fille de tout le monde qui préfère l'entrevue en séance individuelle pour d'abord faire son histoire. Écoutons les propos d'Aimé au sujet de la maladie de sa mère et de celle d'autres jeunes de son âge.

...On dirait que c'est moi qui en suis malade... et c'est vrai ça me rend malade. J'ai décidé de venir régulièrement à la clinique à sa place, pour lui apporter son médicament. Elle ne venait que lorsqu'elle était obligée de se présenter pour les autres examens médicaux. Pour le moment, elle vient pour rencontrer d'autres mères mensuellement et elle est contente. Sinon... je traverserai ces km à sa place, je ferai tout pour elle. Même pour quiconque pouvant me faire confiance, je ferai de même... Quand je vois les jeunes de mon âge, je me dis, voilà... ça serait aussi de même pour moi, seulement je suis né un peu avant.

Aimé, 21 ans

Nous sommes réellement étonnée face à la puissance psychique dont témoignent ces enfants, « *par appellation et non par actes* » : en effet, ces enfants sont appelés comme tels, mais ne vivent pas comme des enfants, vu leurs responsabilités. Celles qu'ils assument exigent d'eux des ressources et une énergie psychique qui vont au-delà de tout entendement. Pour y faire face, les jeunes dramatisent la pire réalité en ayant recours au

¹⁰³ Bénie faisait allusion à l'Ouvrage de Régine Waintrater « Sortir du génocide » que j'avais déposé à côté de moi lors de ma première rencontre avec son groupe. La demande d'utiliser l'enregistreur n'as pas été bien accueillie par Bénie. J'ai dû lui expliquer longuement la raison. « Pour écrire ça sera dans l'anonymat comme c'est le cas de cet ouvrage » dis-je. C'est alors qu'elle le feuilleta, regarda la table des matières, le résumé de la couverture et dit : Si c'est ainsi, tu peux l'utiliser.

langage humoristique. Cependant, leurs interventions rejoignent ce que dit l'adage rwandais « *ukuri gushirira mu biganiro* » qui signifie « derrière toute blague se cache un fond de vérité ». Pour ces jeunes, ce n'était que la seule voie à prendre pour ne pas s'effondrer.

Annette est restée dans ce foyer et y a évolué pleinement. « *Je m'entendais avec tout le monde, mais mon oncle me faisait des choses pendant plusieurs années* ». A la question en vue d'explorer la composition de cette famille, pour tenter de rétablir des liens et de savoir si elle a connu de bons moments, le récit d'Annette ne se limite qu'aux « choses », la seule « *portion qui est accessible à son esprit* »¹⁰⁴. Le reste semble effacé, malgré le fait qu'elle déclare s'entendre avec tout le monde. Cela nous fait penser à la structure de mémoire et du récit que Pejaska Bouchereau (2014) avait évoqué autour d'un enfant survivant de l'Holocauste : « Son enfance et sa jeunesse sont représentés par l'Holocauste qui était 'le lait noir qu'il tétait matin, midi et soir' ». Si elle avait connu le bonheur dans cette famille et auprès de ses parents, apparemment il a été supplanté par la terreur de la fumée et de la maison brûlée, le voyage en pleine nuit et l'horreur de l'inceste par un inconnu qui se proclame oncle.

De tels propos nous ont d'abord plongée dans le découragement. Cependant, notre espoir est vite réapparu, particulièrement par le désir de vie, le courage et l'énergie pour lutter et garder le sentiment d'exister que manifestent ces adultes de demain. Mes pensées se sont tournées sur l'échange entre deux grands cerveaux de l'humanité, le physicien Albert Einstein et le père de la psychanalyse Sigmund Freud dans les années 1930, autour de la question « Pourquoi la guerre ? ». Le père de la psychanalyse, lui aussi, fut non seulement surpris, mais aussi effrayé de « la question de savoir ce que l'on peut faire pour libérer les humains de la menace de la guerre ». Pour lui, de tels soucis ne sont pas liés à l'homme de la science, mais à l'ordre de l'humain :

J'ai été tout d'abord effrayé de mon – j'allais dire notre – incompetence, car je voyais là une tâche pratique dont l'apanage revenait aux hommes d'État. Mais je me suis rendu compte que vous n'aviez pas soulevé la question en tant qu'homme de science et physicien, mais comme ami des humains...¹⁰⁵

4.5.5. Nélice : Enfant, sans larmes, sans voix ni voie

C'est particulièrement l'histoire d'Annette qui a ému tous ses pairs. Autour de son témoignage, chacun a apporté une page de son expérience pour contribuer à sa reconstruction et à la reconstruction de soi et de l'autre. Nélice avait tout suivi avec intérêt. Maintenant, elle veut aussi témoigner. Elle le fait pour fortifier les autres par son histoire. Cela témoigne d'un travail interne qui s'est préalablement réalisé. Et c'est maintenant que

¹⁰⁴ Frosa Pejaska-Bouchereau, « Littérature et génocide : l'écriture testimoniale des enfants », *Yod* [En ligne], 19 | 2014, mis en ligne le 16 avril 2014, consulté le 29 juillet 2014. URL : <http://yod.revues.org/1965> ; DOI : 10.4000/yod.1965

¹⁰⁵ Sigmund Freud et Albert Einstein, « Pourquoi la guerre ? » (1933). Un document produit en version numérique par Vincent Magos (en ligne).

nous réalisons que, dans des séances précédentes, elle racontait cette histoire dans le « format général » comme s'il s'agissait d'une histoire de quelqu'un d'autre, non présent dans la salle, mais ayant des expériences similaires à celles des membres de notre groupe. Avant que Nélice ne commence à raconter son histoire dans l'anonymat, elle avait été pendant longtemps silencieuse. Elle ne parlait jamais, même pour dire bonjour ou au revoir ; elle ne faisait que des gestes de salutation ou d'adieu qu'elle accompagnait d'une voix murmurante. À chaque question qui lui était adressée, elle répliquait immédiatement par une des trois alternatives, sans aucun effort d'explication : soit par un « Yego » (Oui), « Oya » (Non) ou par « Simbizi » (je ne sais pas). Voici le portrait de certains enfants qui meublent le récit de Nélice mais qui se réfèrent en fait à sa propre expérience:

Dehors il y a beaucoup d'enfants malheureux. Ils n'ont pas fait des études appropriées, non pas parce qu'ils ne sont pas intelligents, mais simplement parce que l'ennemi les a souillés. Ils sont forcés d'être responsables des autres enfants alors qu'eux-mêmes pouvaient se réjouir que quelqu'un songe à eux... (La tristesse s'affiche et elle s'arrête là).

Nous réalisons qu'il s'agissait d'elle-même qui se projetait dans l'anonymat que couvrait « le général ». De nouveau, nous réalisons réellement que le général n'existe pas. Ce n'est donc que le portrait du particulier bien connu, décrit dans l'anonymat que contient le général ou l'impersonnel. Les propos d'aujourd'hui sont le résultat d'un travail d'élaboration qu'elle a effectué tout au début à l'intérieur d'elle-même, puis dans le format général et dans la suite devant ses semblables. Il faut être patient pour écouter ces propos qu'elle énonce dans la mollesse de son langage. A voix très basse et lente:

Amarira yanjye yakamijwe n'iminsi. (Mes larmes ont été séchées par les jours !). Moi, c'est le petit frère d'un père de famille qui m'a accueillie chez lui et qui m'a fait ces choses. Je ne sais pas si c'est lui qui m'a infectée ou si c'est un autre homme qui m'a cachée. J'ai réalisé ça quand je suis allée à l'hôpital ; ils ne voulaient pas que j'y aille, peut-être qu'ils savaient que j'étais tombée enceinte, (respire profondément et s'arrête un moment...)... mais moi je ne savais rien, j'avais mal partout. Être enceinte ? ... Comment y penser ? Une enfant enceinte ? Je n'avais même pas eu les premières règles... Mais pour moi... l'enfant est directement mort après la naissance. Demandez-moi la suite... j'ai été depuis lors malade, j'échouais à l'école, en classe, je ne faisais que visionner le film qui se jouait dans ma tête, après ce sont les maux de tête, puis les maux de ventre, puis les crises de trauma. J'ai été hospitalisée à Ndera pendant trois mois sans pouvoir parler. Je ne faisais que pleurer. Les soignants étaient étonnés. Il paraît qu'ils n'ont rien su de ma maladie. A la sortie, j'y retournais pour leurs¹⁰⁶ médicaments, j'ai par après commencé les médicaments pour cette maladie¹⁰⁷ dans cette clinique d'AVEGA, et... puis voilà, ...les choses ont mal tourné dans ma vie, dans mon corps, je n'avais pas les mots pour tout décrire, et finalement les larmes sont séchées par les jours jusqu'au point où je n'en ai plus, ... enfin, je n'en sais rien. ... (Avec un sourire non prononcé). (Nélice)

¹⁰⁶ Ndera, C'est le nom de la colline où s'est construit l'hôpital neuropsychiatrique à Kigali. En disant « leurs médicaments : imiti yabo » Nélice faisait allusion au traitement spécifique pour les troubles mentaux. Ça se dit couramment « imiti y'indera i Ndera : les médicaments de Ndera » ; par exemple on peut entendre dire « tel prend les médicaments de Ndera ». Cela pour stigmatiser les malades mentaux ainsi que toute personne en souffrance psychique qui nécessite un traitement psychiatrique.

¹⁰⁷ Pour dire le sida.

La voix est en principe le moyen par lequel le sujet peut faire appel à l'autre. On peut appeler, ou crier. Cela est aussi un appel au secours. Pour les cas avec qui nous avons eu à travailler, nous sommes toujours étonnée par les paradoxes dans lesquels ils nous conduisent. Sans voix, sans larmes, autrement dit, sans vie, C'est d'ailleurs comme ça que Nélice et ses pairs se décrivent. Paradoxalement, nous semble-t-il, ces jeunes décrivent le calvaire qu'ils ont enduré, les horreurs qu'ils ont subies, mais auxquelles ils ont survécu et par rapport auxquelles ils se sont bien positionnés aujourd'hui sur le chemin de la reconstruction d'un avenir. La jeune fille au centre de cette discussion va bientôt terminer une formation brève en informatique ; elle planifie de se chercher un emploi pour assister un enfant malade et pauvre. D'autres se projettent aussi positivement dans l'avenir. Certains projettent de devenir médecins-pédiatres, psychologues, gouverneurs des régions, entrepreneurs et ingénieurs civils.

Chaque situation ramène devant nous la même hypothèse liée au phénomène de clivage entre la maladie et le génocide. Nous nous disons que c'est ce désir de vie qui fait que les jeunes dissimulent la maladie qui pourrait barrer le chemin qui mène vers des horizons lointains. Exceptionnellement, par rapport aux autres cas d'enfants ou de jeunes avec qui nous avons travaillé, Nélice ne veut pas fouiller l'histoire liée au génocide. Elle est comme Bénie. Toutes les deux ont connu des crises d'« *ihahamuka* » à plusieurs reprises. Elles évitent toute chose qui peut leur rappeler l'histoire du génocide. À chaque période de commémoration, Bénie piquait « la crise ». « *Il suffit seulement que j'y pense, ... j'essaie de ne pas y penser, mais ce n'est pas possible.* » Nélice nous raconte son vécu face au génocide, avec une voix très basse, mais le discours est articulé :

Moi je suis très traumatisée par l'histoire du génocide. Je n'en parle pas, je ne veux rien connaître du génocide. S'il pouvait s'effacer, bien que ce ne soit pas possible... ce malheur qui a rendu toute les personnes des fous ! J'ai passé des années sans parler, sans manger. Je me dis que tout ce qui m'est arrivé, c'est à cause de ce génocide. Quand c'est la période de commémoration, moi je cherche le lieu où je peux m'exiler pour ne pas écouter la radio. Ceux qui ont besoin de tout connaître, je ne suis pas avec eux... Mais qu'est-ce qu'on veut savoir de plus ? On sait déjà que l'on n'a plus de parents. Ça c'est le génocide. On sait que l'on est malade, on sait que nous n'avons pas pu étudier comme les autres enfants, ce sont des conséquences. Pour mon avenir, même si nous n'avons pas de voies pour sortir de cette misère de la maladie, ce qui nous convient, c'est de ne pas rester triste ni de pleurer tout le temps. Il faut de temps en temps nous réjouir, du moins de ce que nous bénéficions ici « Chez-nous ».

Nélice essaie d'occulter la maladie ; nous pensons que les médicaments de deux sortes qu'elle doit prendre pour longtemps ne lui facilitent pas cette tâche. D'une part, elle est sous antirétroviraux, d'autre part, elle prend des antidépresseurs. Contrairement aux autres situations précédentes, la réalité du génocide est fort présente chez elle. À partir des autres situations précédentes, nous avons appréhendé combien les jeunes fouillent pour mieux comprendre le génocide dans toutes ses dimensions. Par contre, pour Nélice, la vie avec le VIH était dissimulée, enfouie dans les zones les plus profondes de l'inconscient, voire effacée. Pour elle, c'est la maladie de la mère ; elle l'attribue à quelqu'un d'autre pour s'en débarrasser. Mis à part le cas particulier d'Aimé non infecté, on dirait que, pour les autres,

le virus est en dehors de leur corps, comme en témoignent les pensées de certains d'entre eux :

Quand je suis à l'école, en groupe avec les autres, je ne me souviens même pas de ça.

Ça ne me revient à l'esprit que quand il est temps pour prendre les médicaments.

Chez nous c'est maman qui s'en occupe. Elle nous rappelle en disant simplement 'me to you'¹⁰⁸ et ceux qui sont concernés y sont habitués. Ils savent que c'est l'heure de prendre les médicaments sans trop penser à la maladie.

Je prends seulement les médicaments, je ne sais pas pourquoi, je ne veux même pas le savoir car je le sais déjà.

Nélice n'attend pas ce que le destin peut lui apporter. Elle est tant anéantie qu'elle ne se projette pas loin. En évoquant le génocide par le vocable d'*Iminsi* (les jours), elle ne voulait pas faire allusion au temps ou à la période passée, tournure qui peut intriguer un apprenti de la langue poétique qu'est le Kinyarwanda. Au contraire, c'est la superposition des épreuves. Une épreuve de la vie attriste l'individu ; quand une autre s'y ajoute, il verse ses larmes. Mais quand ça devient trop, les larmes se tarissent et les mots ne sortent plus, ils se décantent et leurs ondes vibrent au fond de la personne. Pendant que le sujet est toujours capable de lutter, les larmes cèdent la place aux sourires, non prononcés pour ne pas paraître triste, ou simplement au silence chargé, et éloquent. C'est alors le moment de proverbes et de métaphores caractérisant le climat intérieur, sans en faire une longue description. Quand le sujet est complètement anéanti, c'est cette fois-ci le temps du silence glacial, celui de mort, comme celui que Roisin (2010) a pris soin de décrire minutieusement. C'est tout ce trajet que Nélice et d'autres cas qui lui sont semblables ont dû traverser. Dans la voix de Nélice, le rôle de chacun est mentionné pour témoigner combien « *les soubresauts qui bouillonnaient* » se sont calmés depuis qu'elle fut intégrée dans le groupe. Elle témoigne qu'à partir de ce dont elle a bénéficié de ses pairs elle a commencé à entreprendre le chemin qui mène vers la reprise des études. Nélice prend le temps de remercier ces camarades et, revenant au concept qui caractérise l'espace « enfant » : Chez-nous, elle poursuit :

Ici, c'est réellement chez nous. Chacun a pu être un frère, une sœur pour moi. Ce n'est qu'ici chez nous que j'ai pu parler distinctement. Avant, ce n'était que des vagues, des soubresauts qui bouillonnaient en moi, c'était difficile. J'avais recommencé la petite formation pour apprendre un métier dans l'incertitude, mais quand je suis arrivée, ici chez nous, je suis rassurée. Les mamans d'ici aussi ont été près de moi. Bientôt je vais terminer ma formation en informatique. 'It's a short course, but it's okay'. Si j'ai la chance de trouver un emploi, je paierai les études pour un enfant malade qui est pauvre.

Apparemment, l'élaboration chez Nélice est peut-être moins due aux échanges verbaux avec ses interlocuteurs qu'à un réel travail intérieur. Elle a pu trouver une autre voie, celle de suivre la formation qui va lui ouvrir un métier, qui ne lui sera pas seulement utile à elle, mais qui va ouvrir d'autres voies pour un autre enfant « aussi enrhumé ». De telles idées n'arrêtent pas d'interpeller le chercheur clinicien, qui a beaucoup à faire avec les données et

¹⁰⁸ Expression anglaise utilisée par la société de communication comme moyen de recharge des unités dans le téléphone mobile pour pouvoir communiquer.

à songer au changement du sujet. Il arrive que ces deux actions se montrent antagonistes. L'expérience nous a montré que de telles situations demandent au chercheur de dé-dogmatiser certaines choses (Uwineza et Brackelaire, 2012) ; il s'agit surtout d'apprendre le langage de la souffrance, et surtout d'apprendre comment le traduire.

4.5.6. Queen : *Enfant de l'ennemie*

La plupart des entretiens avaient un objectif mis à l'avant-plan pour introduire l'entretien :

« Aujourd'hui, nous sommes le vendredi 19 avril 2013, il est 14 heures. Vu le climat qui règne dans le pays au mois d'avril, la séance est organisée pour fortifier les jeunes qui se préparent pour l'examen national, une occasion de terminer les humanités générales pour certains, et pour les autres de terminer le tronc commun (troisième année du secondaire pour passer en quatrième). C'est aussi une opportunité de fortifier les jeunes pour qu'ils ne s'effondrent pas en raison des activités commémoratives en cours. Dans le contexte de notre recherche-action, il s'agit bel et bien d'une séance pré-commémorative, comme les conclusions issues des données de l'espace « mère » nous le recommandent ».

Le facilitateur vient donc de démarrer par les présentations. À notre grande surprise, la présentation sera prolongée. Chacun se présente par ses noms, sa provenance, son travail actuel, sa vie familiale, sa vie personnelle, etc. Il y en a même qui disent ce qu'ils aiment et ce qu'ils détestent dans la vie. Pour les 10 jeunes et jeunes-adultes présents dans la session du jour, chacun aura eu le temps de se présenter en long et en large. Les questions d'ordre familial, social, économique et somatique reviennent avec une récurrence qui frappe.

Chacun à tour de rôle évoque comment il se sent pour affronter cette période de deuil national, certains cas vivent des conflits intrafamiliaux, les autres évoquent des difficultés pour continuer leurs études, d'autres évoquent celles liées à leur santé, et surtout la prise de médicaments au collège. Queen pleurait avant même que la séance commence. Le facilitateur du jour donne cette information :

« Nous nous réunissons pour échanger autour de la période des examens nationaux dans laquelle la plupart d'entre vous vont entrer, mais cela n'empêche pas que celui qui a une autre thématique qui lui tient à cœur nous en fasse part pour y réfléchir ensemble. »

Petite, avec un sourire qui ne quitte jamais son visage, exprime une réalité qui englobe toute son histoire en quelques mots, amortissant le choc de la souffrance que connaissent les enfants orphelins qui vivent sous le poids de la maltraitance. Il nous semble que c'était aussi un moyen de déclencher le récit chez Queen, qui a les yeux humides et un masque de tristesse qui la caractérise depuis son entrée dans la salle.

Moi, je ne suis pas bien en famille, on me lance des insultes, mais c'est ainsi la vie, et surtout quand on n'est pas chez soi. Je le sais... J'évolue dans une troupe de danse, quand je danse, ça passe... Ils peuvent toucher sur quoi que ce soit, mais jamais je n'accepterai qu'ils m'empêchent d'aller dans cette troupe, ou venir ici « chez nous ». J'en mourrai par la tristesse qui m'habite.

Queen est trop silencieuse et triste. Elle ne peut pas émettre des mots directement ; nous respectons sa volonté de silence. Elle pleure sans arrêt, sans aucun mot, nous n'osons pas demander, nous attendons que ça vienne de soi. L'expérience nous avait montré que, quand on demande, la réponse est courte et bloque la continuité d'un échange plus élaboré. Dans l'espace « mère », avons-nous remarqué, c'est quand le sujet sent que l'on n'est pas curieux et que lui aussi n'est pas tenu de raconter qu'il peut mettre des mots sur ses ressentis. Est-ce pareil chez les jeunes ? Ou faut-il une insistance amicale d'un pair ? Cette dernière option nous semble plus adéquate pour Queen. Nous voudrions aussi donner le temps à cette souffrance cachée qui se manifeste à travers les larmes pour que Queen se sente autorisée à régresser dans cet état. Didier, assis à côté d'elle, quitte sa place et va chuchoter dans son oreille, lui demandant ce qui ne va pas. « *Qu'est-ce qu'il y a ? Pourquoi tu pleures ?* ». Queen lève un peu la tête pour chercher notre regard. Nous sentons que c'est une façon de nous demander si elle peut prendre la parole. Nous avons simplement haussé la tête, signe d'accord compatissant.

Dans de telles situations que nous rencontrons souvent dans la clinique des traumatismes extrêmes, surtout auprès de sujets-jeunes, il nous arrive d'agir comme nous avons agi, par manque de mots appropriés pour panser leurs blessures psychiques et répondre à leurs questions. Se servir de la pure réalité devient choquant, avoir recours à la métaphore peut être un facteur déclenchant du fait des souvenirs qu'elle éveille chez l'un et chez l'autre. Le thérapeute est appelé à marcher sur des œufs sans en casser un. On se souvient de ce que la métaphore de la prothèse a déclenché chez Salima ou ce que le format « général » a déclenché chez Dora dans l'espace « mère ». Que pouvait déclencher la métaphore du feu, ou celle de l'eau chez certaines personnes ? Ces dernières pouvaient trouver place dans des conditions où le sujet est assombri par l'horreur ou altéré par son intensité. Cependant, comme nous l'avons appréhendé dans l'histoire d'Annette, certains enfants ont été réveillés par l'odeur de la fumée de leur maison mise à feu, d'autres ont été dans les puis d'eau. Voilà comment il incombe à l'intervenant, auprès de personnes fortement traumatisées en raison de violence de l'homme sur l'homme, de créer à partir de rien, ou de procéder à la purification des outils souillés, ou de redresser ceux qui ont été renversés (Munyandamutsa, 2013)

Un geste pareil, apparemment neutre, distanciant et rapprochant, posé par manque de mots, de manière adéquate, donne le temps au sujet de se créer des moyens de survie à partir de ses ressentis ou d'évoquer lui-même l'une ou l'autre métaphore. Si le travail thérapeutique se déroule en groupe comme dans notre cas, une métaphore lancée par un pair devient plus efficace quant au travail créateur qui s'opère dans le groupe.

Queen en fut rassurée et mit un mot sur ses larmes sous-entendant une longue histoire, douloureuse et enchevêtrée : « *Je ne ferai pas les examens. Je ne figure pas sur la liste des élèves. Car je n'ai pas payé le minerval depuis deux ans. Ma grand-mère et ma mère se détestent...* » Ce sont des pleurs intenses, elle sanglote, nous sommes tous troublés par ce phénomène. Nous sentons que la parole libérée est loin d'égaliser le contenu des émotions qu'elle manifeste. C'est le silence ; tous les enfants paraissent tristes et le montrent en compatissant avec la tristesse de leur camarade. Cette fois-ci nous avons l'intention de le

briser pour ne pas plonger le reste du groupe dans l'abîme émotionnel. Et nous disons : « Queen a de véritables raisons qui la mettent dans cet état. Nous sommes toujours avec elle et nous restons à son écoute. Cela n'empêche pas chacun ou chacune ici présent de dire ce qu'il pense ou ce qu'il ressent ».

Et Bénie d'intervenir :

Je me dis que Queen garde beaucoup de choses troublantes comme je les ai gardées. Elle nous a dit qu'elle ne va pas faire les examens. Je me dis que la haine entre sa grand-mère et sa mère n'est pas la vraie cause. Ou peut-être... Je ne sais pas, moi aussi je n'ai pas terminé mes études, je ne réussissais pas bien. Je n'avais même pas ce problème, je vais dire cette maladie, mais... j'ai vu que le génocide ne sera jamais fini... (Queen se leva pour écouter attentivement). Après la guerre¹⁰⁹ j'ai repris l'école, j'ai été malade, j'avais des maux de tête, la peur m'habitait tout le temps, et mon cœur battait fortement suite à quoi j'ai développé une maladie du cœur. Je crois que c'est à cause de la guerre (Pour dire le génocide) et chaque année je tombais en crise d'ihahamuka... Pour les autres c'est seulement pendant la commémoration, mais pour moi il suffit que j'y pense. Je fais un effort pour oublier, mais c'est toute une histoire... laissons ça de côté, parlons des études.

Queen, c'est à toi que je donne ce témoignage et à tout autre comme nous : moi aussi je n'ai pas fini mes études à cause du trauma. J'ai finalement rencontré un homme qui m'a aimée ; après m'avoir infecté du sida, il m'a dit des choses terribles : ' je ne te connaissais pas, sinon je n'aurais pas dû vivre avec toi. Je ne savais pas que tu es l'enfant de l'ennemi. ' Me voici dehors, mère d'un bon garçon qui me demande souvent qui est son père, je ne sais même pas où il est, je me demande tout le temps ce que je répondrai à mon enfant. Vais-je lui dire que son père a jeté sa mère dehors par le fait d'être enfant de l'ennemi ?... Connaissait-il mon père ? Ne lui a-t-il fait aucun mal ? Qu'est-ce que l'enfant de l'ennemi ? Nous sommes les enfants de l'ennemi, et nos enfants sont des enfants de l'ennemi. Jusqu'où arrivera cette chaîne ? Moi j'ai fermé les yeux et bouché les oreilles sur tout ce qui se dit, pour marcher avec ce génocide qui nous poursuit... mais...

Le témoignage de Bénie donna du courage à Queen. Elle nous éclaira par la suite sur ce qui était caché derrière ses larmes intenses causées par la haine entre sa mère et sa grand-mère. Elle avait d'ailleurs amorcé cela sans approfondir dans sa présentation, lors des entretiens antérieurs : « ... moi, je n'étudie plus... ». A travers ces propos plus ou moins structurés, entrecoupés par des moments de silence, de pleurs, de réflexion, d'incompréhension, de désarroi, elle approche enfin le nœud de la question. Elle commence son récit sans attendre que Bénie termine de raconter comment elle procède pour faire face à sa souffrance:

«En 1994, j'avais seulement deux ans. (Silence)... Ma grand-mère a fait bloquer mes frais de scolarité pour ça. Il paraît que je suis aussi l'enfant de l'ennemi, me disait ma grand-mère. (En l'imitant) : « toi tu n'es pas la nôtre. Les nôtres sont ceux qui sont morts avec mon fils.

¹⁰⁹ Pour dire le génocide. La plupart des personnes utilisent le concept de guerre à la place de celui de génocide ou les confondent. Certains par méconnaissance, d'autres pour évoquer simplement le concept dans leur langue Kinyarwanda « *intambara*, c'est dire guerre » et le génocide qui n'a pas de traduction fut confondu avec ce concept de guerre. Cette utilisation est pure et neutre pour la plupart des gens. Mais, pour éviter que l'on confonde avec la guerre de 1990-1994, les associations des survivants militent pour nommer les faits par leurs propres noms, cela pour se différencier des négationnistes et révisionnistes du génocide perpétré contre les Tutsi.

Toi tu appartiens désormais à ta mère, je ne sais pas où elle t'a ramassée ! »... En fait, non... non, je ne sais pas, vraiment moi je n'en sais rien... c'est leur affaire... (Silence et pleurs)

Elle n'a pas pu continuer, mais certains de ses pairs continuèrent à donner leurs témoignages, expliquant comment ils ont aussi connu des situations éprouvantes dans certaines familles d'accueil. Chacun à tour de rôle explique comment ils se sont débrouillés entre eux pour savoir où trouver les frais de scolarité. Cela ne traduit rien d'autre que la complexité des problèmes à gérer de l'après-génocide.

Moi c'est AVEGA qui paie pour moi.

Moi aussi c'est FARG.

Avant c'était FARG, puis on m'a rayé de la liste, c'est pour le moment AVEGA.

La prochaine séance, après un intervalle d'une semaine, Queen est encore revenue. Mais c'est Petite qui fait part de ce qu'elle a enduré dans la famille d'accueil. Elle ramena l'idée qu'il y a d'autres lieux comme Chez-nous qui peuvent assumer des responsabilités auxquelles la famille a manqué.

Je ne suis pas contente en famille. Je ne sais pas s'il y a une relation entre les membres de cette famille et moi ou pas. J'ai appris par les voisins que mes parents sont morts du sida et je ne les connais pas. J'ai seulement vu les photos. La maman de là n'est pas gentille, je ne sais pas si c'est parce que j'ai la maladie ou pas. Ce que je sais dorénavant, c'est que je ne suis pas chez moi. Mais, ici c'est chez moi, je viens chaque fois que nous devons nous réunir, cela est bien connu, personne ne peut m'empêcher de venir ici chez nous. J'aime venir ici, c'est vraiment chez moi, je me réjouis avec vous ou encore je vais dans la troupe de danse traditionnelle. Là, la vie est belle, je rentre avec le moral, quand on me crie dessus, ça passe dans une oreille, ça sort à travers l'autre, ça ne me fait plus rien. C'est comme si je ne vivais plus avec eux. FARG ne paie pas pour moi, mais tant pis c'est AVEGA qui paie, je crois que Queen peut demander aussi à AVEGA.

Petite.

Queen paraît rassurée pour poursuivre son propos. Elle explique qu'elle a entendu dire qu'après la mort de son père pendant le génocide perpétré contre les Tutsi, les grands-parents ont voulu s'approprier des biens de leurs fils, mais comme sa mère était encore en vie, celle-ci devait rester dans les biens avec sa fille, Queen. Pour trouver de bonnes raisons de chasser la mère, la grand-mère a voulu que Queen reste avec elle.

J'allais de temps en temps dormir chez elle, j'y restais même des jours et des jours, mais je ne savais pas ce qui était derrière ce plan. Elle a commencé à se chamailler avec ma mère et moi... je ne savais pas plusieurs choses là-dessus... Ces histoires liées aux ethnies des Rwandais, je n'y connais pas grand-chose. C'est à eux de m'expliquer et personne ne le fait. Seulement ma grand-mère me grondait, grondait ma mère, et finalement quand elle a vu que ça ne nous faisait ni chaud ni froid, elle a voulu faire souffrir ma mère en faisant bloquer mon minerval. Je suis allée chercher les papiers attestant que je suis survivante pour les déposer au bureau de FARG, on les a refusés. Quand je suis allée au bureau de FARG, on m'a dit de revenir avec les papiers qui attestent que je suis survivante, j'ai fait ces mouvements de va-et-vient, entre-temps les autres étudient, et finalement j'ai appris que ma grand-mère est allée dire que je ne suis pas survivante et ma mère non plus, et que je ne suis pas l'enfant de son fils. Au bureau de FARG, on m'a dit de retourner pour arranger ces choses en famille, mais

moi... (Elle pleure encore) je n'en sais rien ; est ce qu'on peut être survivant quelques années et après on ne l'est plus ?

Malgré cette situation conflictuelle en famille qui paralyse sa vie, Queen croyait que les adultes allaient résoudre son problème. Elle a continué ses études et, au moment des examens, elle ne les a pas passés parce qu'elle n'avait pas payé les frais de scolarité. Au cours de cette séance, Queen avoue que c'est sa deuxième année sans aller à l'école. Elle attendait que les conflits entre les adultes soient résolus. Pendant que ses anciens condisciples sont au niveau de passer l'examen national pour terminer l'école secondaire, elle est désespérée.

Je n'ai plus d'espoir pour la vie de demain. Les adultes créent des problèmes, les prolongent, se font des ennemis et les enfants grandissent aussi étant enfants de l'ennemi ! Qu'est-ce que c'est que ça ? Si elle m'appelle ennemi, que se passera-t-il une fois qu'elle va apprendre que j'ai la maladie ?

Queen est le seul enfant survivant dans sa famille. Au moment du génocide, elle était bébé d'un an et quelques mois, elle a survécu avec sa mère que nous n'avons jamais eu l'occasion de voir. Nous avons appris ces morceaux d'histoire par Queen elle-même. Elle aussi a entendu l'histoire de sa mère et de sa grand-mère, en échangeant avec les autres personnes et/ou entre elles. Pour ce qui est de l'histoire de sa maladie, elle a appris par sa mère qu'elle a été malade pendant le génocide, qu'elle a eu une transfusion sanguine et que c'est peut-être à cette occasion qu'elle fut contaminée. Elle avoue qu'elle s'entend bien avec sa mère et ainsi qu'avec ses deux cousins et avec une cousine qui viennent de temps en temps chez elle.

Ils savent tous que je suis souillée, mais personne ne me met à l'écart pour ça. Il m'arrive d'oublier, d'ailleurs c'est comme si j'avais déjà oublié. Si ça revient, c'est parce que je me pose des questions sur ma vie de demain, sinon la maladie ne me dit rien. Seulement je ne veux pas que ma grand-mère le sache.

Au sujet du génocide, le récit est très court. « *Je n'en sais rien. Mais c'est terrible. La part du génocide qui nous est réservée, nous, nous le vivons maintenant, c'est tout ! Je ne vais même pas en parler.* » Didier revient encore avec ses rires. Il affiche tout le temps un visage jovial, même quand il dit des choses attristantes comme c'est le cas pour Frank, Bénie et Petite. Ils nous ont toujours sauvés en ramenant un climat humoristique devant la douleur implicite et explicite de leurs camarades. Didier, avec des rires d'étonnement :

Nimureke nisekere, akabi gasekwa nk'akeza. Jyewe nababwiye ko rimwe na rimwe abantu bakuru bakora ibintu nk'iby'abana mugira ngo ndabeshya. (Laissez-moi rigoler, on rigole du mal autant que du bien. Moi, je vous ai toujours dit que certaines fois les adultes réagissent comme des enfants ; et vous me croyez menteur !) Comment expliquer l'histoire de Queen ? Peut-on être survivant quelques années, et selon la volonté de l'autre, on ne l'est plus ; puis, selon la volonté de l'autre, on le redevient encore, après, je n'en sais plus,... Ça c'est de l'adulte ? Et le FARG est utile pour le survivant, mais pas pour l'enfant du survivant. Ça c'est de l'adulte ? Pour moi, ce n'est pas une bonne idée, si vous le voulez, je vous en donne des détails : avez-vous vu une mère qui mange avant ses enfants ? S'il y a assez de nourriture, c'est pour la mère et pour son enfant. S'il y a trop peu, c'est pour l'enfant. Mais là, c'est le

contraire! N'y a-t-il pas une responsabilité qui pèse lourdement sur la mère, si ce n'est éduquer son enfant et le doter de ce dont il aurait besoin pour qu'il devienne lui-même un homme !

Les propos de ces adultes de demain, responsables en pensée et en action, déjà adultes face à leurs responsabilités, nous renvoient à la racine de la haine entre les groupes ethniques au Rwanda à la suite du génocide. Ce mauvais héritage se glisse insidieusement dans la conscience et la subconscience des nouvelles générations à travers les conflits visibles et invisibles entre adultes, malgré les efforts de certains pour l'éradiquer complètement (voir Kimonyo, Munyandamutsa, Sébasoni). La situation de Queen, en tant qu'enfant de l'ennemi, qui montre une autre réalité de l'enfant du survivant, nous place devant des questions bien complexes que les services multisectoriels doivent résoudre.

4.5.7. Peace : Enfant de tout le monde, de personne, de partout et de nulle part

La situation des enfants que nous avons rencontrés sans repères parentaux et géographiques a été déjà approfondie à travers le cas de Peace. Cette dernière est déjà connue comme enfant de tout le monde et de personne, de partout et de nulle part. Les lignes qui vont suivre vont reprendre presque intégralement le cas de Peace déjà traité (Uwineza et Brackelaire, 2014). Les modifications faites ne sont apportées que pour approfondir nos analyses par rapport aux autres situations étudiées, pour mieux clarifier l'objet de notre étude. Bien que ce cas fût isolé et objet d'une publication, nous voulons le ramener au cœur de la thèse en raison de ce qu'il apporte comme savoir, étroitement lié à notre objet d'étude. Nous reprenons ce cas, particulièrement pour le mettre en contraste avec d'autres cas différents d'une part et similaires d'autre part. Ainsi, nous pourrions appréhender une nouvelle réalité quant à la transmission transgénérationnelle, la filiation (Gishoma & Brackelaire, 2008 ; Cornejo & al., 2009 ; Brackelaire, 2009 ; Uwera & Brackelaire, 2011 ; Lebon, 2012 ; Faundez & al., 2013 ; Brackelaire, Cornejo & Kinable, 2013) et le format du récit autour du génocide et autour de la maladie. Bref, le cas de Peace mérite d'être articulé avec les autres, non seulement pour mettre en relief comment la société se restructure après l'horreur, mais aussi pour souligner la richesse clinique qui se met en évidence après le cheminement complexe qui permet d'entrer en relation thérapeutique avec l'adolescent. Autrement dit, ce cas illustre au mieux, par sa figure et sa richesse toutes singulières, l'élaboration théorique, clinique. C'est donc à travers ce cas que nous illustrons la complémentarité entre le pôle d'intervention et le pôle de la recherche dans cette recherche-action.

La rencontre avec Peace est venue par la demande d'un des membres de l'équipe soignante. Une des mères du groupe Entre-nous nous avait aussi parlé d'elle. Par la suite nous avons organisé un rendez-vous. Nous nous attendions à ce qu'elle vienne rejoindre les autres dans l'espace « enfant », mais elle préféra la rencontre individuelle. Dès notre première rencontre, Peace se décrit comme « *filie de tout un chacun de bon cœur* ». « *Fille de tout un chacun* » : parmi les membres du personnel de l'AVEGA, mais aussi plus précisément parmi les participantes du groupe des mères Entre-nous, plus largement parmi

tout le monde de « *bon cœur* ». Elle avait 19 ans lorsque nous l'avons rencontrée pour la première fois. Elle n'a jamais connu ses parents ni personne d'autre de sa famille. Elle nous fait savoir qu'après avoir « *atteint l'âge de raison* » (*guca ubwenge*)¹¹⁰, la jeune femme avec qui elle vivait lui a bien dit qu'elle n'était pas sa mère et qu'elle ne connaissait ni sa vraie mère, ni son père. Par petits bouts, elle a cherché à reconstituer l'histoire de sa vie et celle de sa famille. Même après avoir atteint l'« *âge de différenciation du bien et du mal* » (*Imyaka yo gutandukanya ikibi n'icyiza*)¹¹¹, personne ne l'a vraiment éclairée. Elle a appris qu'elle fut retrouvée dans la brousse, après l'extermination de toute sa famille pendant le génocide perpétré contre les Tutsi. Elle était encore bébé. C'est sur le chemin de l'exil, en 1994, qu'une jeune fille de 18 ans l'a trouvée seule dans des langes de bébé et l'a emmenée avec elle. Voici ce qu'elle a dit quand ses parents, qui n'étaient pas d'accord, lui ont demandé à qui appartenait le bébé : « *Une femme avec qui j'étais, dans la foule, m'a demandé de la prendre un petit moment, puis elle a disparu dans la nature* ». C'est ainsi que cette jeune fille de 18 ans, contre la volonté de ses propres parents, s'est occupée du bébé Peace. Elles devaient par la suite évoluer sous le même toit, partageant tout dans leur vie. Peace demeure jusqu'aujourd'hui dans cette même famille.

Survint le jour où des conflits s'élevèrent, non entre Peace et sa mère adoptive ou sa protectrice, mais entre cette dernière et ses parents. C'était en 2002, Peace avait déjà 8 ans. La fille qui élevait Peace tombe soudain enceinte, à 26 ans. Ses parents la grondent, en faisant notamment allusion à Peace : « *Et celle-là que tu as ramassée, où vas-tu la mettre ? Tu crois que l'on aura assez de nourriture et de fournitures scolaires, même pour les inconnues ?* » Suite à ces paroles hargneuses, Peace ne cessera pas de s'interroger et d'interroger tout passant sur ses origines : « *J'appartiens à tout le monde, mais en même temps à personne* ». L'idée la hante, obsessionnellement. Pour autant, Peace n'échoue pas à l'école primaire. Par manque de frais de scolarité, elle ne peut pas aller à l'école secondaire. Elle nous apprend avec tristesse que, dans la famille où elle vit, personne ne l'a jamais encouragée : « *Qui devrait le faire ? Même ma maman de là n'a pas étudié* ». Finalement, Dieu sait par quelle providence, Peace accède aussi à l'école secondaire, une bonne école, où l'on s'occupe de l'essentiel de la vie scolaire. Y sont assurés l'internat, la nourriture, les uniformes, le matériel scolaire, ainsi que les loisirs organisés. Peace s'y décrit ainsi : « *C'est comme en famille, j'y ai aussi une autre maman, comme celle que j'ai ici, sauf qu'il y en a une qui est partie en Amérique, mais elle reste aussi ma maman. Elle demande souvent de mes nouvelles aux autres mamans qui sont restées au pays* ».

Elle parle avec réserve. Souvent, des moments de silence teintés de tristesse se manifestent et elle devient pensive. Elle nous confie que tout ce qu'elle reçoit de cette famille, c'est quoi manger et où dormir ; mais elle reconnaît en même temps que leur situation économique ne leur permet pas de faire plus. Elle se plaint des vêtements et des

¹¹⁰ « Acquérir la raison » (*guca ubwenge*) est une façon de définir au Rwanda le développement de l'intelligence du sujet, dans un sens profond. Peace y a recours pour désigner la période où elle pouvait comprendre les choses la concernant.

¹¹¹ « Âge de la différenciation du bien et du mal » (*Imyaka yo gutandukanya ikibi n'icyiza*), à comparer avec le début de la scolarité (6-8 ans).

« autres articles pour filles ». À part les uniformes qu'elle reçoit de l'école, elle ne porte que des t-shirts qu'elle reçoit annuellement pour les cérémonies de commémoration du génocide, ou dans d'autres circonstances qui mobilisent les jeunes. Elle vient souvent à la clinique avec les t-shirt portant les inscriptions *NEVER AGAIN* ainsi que le thème annuel de la commémoration. Elle me fit part de ce qu'elle ressent pour cette famille : « *Je ne me sens pas autorisée à demander quoi que ce soit, ni même une blouse. Je porte mon t-shirt et je le préfère. ... Elle a fait pour moi ce qu'elle a pu, je l'en remercie* ».

L'implication de Peace dans la vie sociale et culturelle est très admirable. Elle fait partie de la troupe des danseurs traditionnels rwandais. Elle joue de la guitare et du piano. Elle a appris tout cela à l'école qu'elle fréquente et où elle poursuit encore ses formations. Cependant, depuis qu'elle est arrivée en 5^e année d'études secondaires, les questions sur ses origines sont devenues obsédantes. C'est alors qu'elle a commencé à avoir des maux de tête persistants :

Je me demande à qui j'appartiens réellement. Ici, tout le monde m'aime, la maman de la maison, même si sa maman n'est pas contente, celle de mon école, et l'autre, qui est allée vivre en Amérique. Je suis à tout le monde, mais je n'ai jamais cessé de penser que je n'appartiens à personne, et que je suis de nulle part..., quelquefois je m'y perds.... J'ai toujours peur d'échouer. C'est seulement sur les études que je compte pour devenir quelqu'un...

L'accompagnement psychologique lui permettra-t-il de se rendre dans les coins lointains où elle situe la cause de ses énergies mais aussi de ses inerties, pour pouvoir faire face ou s'adapter aux aléas d'hier, d'aujourd'hui et de demain ? Ce travail d'accompagnement avait débuté informellement, avec toutes ces « mamans », chacune à sa façon. Le rôle joué par ces différentes femmes pour soutenir cette fille est d'une grande valeur. Elle se confiait de plus à une dame qu'elle appelait du nom de sa fille aînée, Aline : Maman Aline, comme une formule de politesse tellement évocatrice. C'est cette dernière qui en vint à son tour à nous la confier.

4.5.7.1. Remobiliser l'avant et l'après pour construire l'histoire en train de se faire

Alors que pour les autres le dispositif en entrevue individuelle ne semblait pas approprié, Peace le préfère. C'est signe que les aspects transgénérationnels singuliers de chaque situation exigent un cadre de dispositif thérapeutique propre à chacun. Sa demande, qui nous arrive donc par la génération des « mères », pourra-t-elle être reformulée par elle-même pour construire ensemble quelque chose de durable ? Sera-t-il possible de rester « soi » pour partager avec elle ce qui lui sera utile pour être « soi » dans ce processus ?

Masson (2004, p.108) nous suggère une attitude à adopter : celle de « s'engager hardiment dans le 'moment' selon les modalités à chaque fois singulières et imprévisibles ». La seule attitude qui nous semble disponible est celle de « tendre la main ». N'est-ce pas, d'ailleurs, le geste que toute cette chaîne de mères lui a adressé, peut-être

depuis l'espace de l'Entre-génération, à commencer par la jeune femme, « adolescente » à l'époque, qui l'a rencontrée sur le bord du chemin de l'exil ?

Cette fois-ci, nous lui tendons la main pour que, dans la mesure du possible, peut-être cela contribuera à rassembler l'héritage, celui qu'elle a acquis et celui dont elle est porteuse, sur lesquels s'appuyer pour être *Je*. Elle se débrouille déjà, pensons-nous, en s'appuyant sur les mains des « mères » qu'elle rencontre par providence, là où le destin l'oriente. Elle s'appuie aussi sur le slogan politique *Never again* qui combat énergiquement le génocide et les idéologies à son fondement, courte phrase porteuse de messages d'espoir et de reconstruction.

C'est le silence entre nous dès le premier contact. Scrutant son visage, elle scrute simultanément le nôtre. Elle nous regarde avec une impatience teintée de méfiance, comme si elle remettait en question sa raison d'être là. L'enjeu était pour nous d'amorcer un travail créateur, transformant la méfiance en une confiance créatrice de lien. Une série de questions nous sont alors adressées par Peace qui nous fait savoir par après que personne n'a pu lui trouver de réponses. Nous sommes déjà brisée par son regard méfiant avec lequel elle m'adresse de telles questions complexes :

Qui suis-je ? Qui sont mes parents ? Quelle est réellement ma région natale ? Suis-je née au Centre, au Sud, au Nord, à l'Est, à l'Ouest ? Ou suis-je descendue du ciel ? J'ai entendu que les autres vont dans les juridictions Gacaca pour écouter les nouvelles des leurs, est-ce que j'irai partout ? Et Maman Aline qui me dit de venir te voir, est-ce que toi tu le sais ? La seule chose dont j'ai besoin est que toutes ces questions que je me pose puissent trouver réponse un jour, par l'un ou l'autre parmi vous qui étiez adultes à ce moment.

Les questions qu'elle pose autour d'elle, qu'elle se pose et qu'elle nous pose portent sur les principes mêmes de la vie sociale, au moment où elle y accède et s'y confronte en personne, et alors que ces principes ont volé en éclats lors du génocide. Nous pouvons aussi y entendre : qu'est-ce qu'un être humain, qu'est-ce qu'être enfants et parents, comment se transmet l'humain entre les générations, comment devient-on quelqu'un ? Et nous avons à nous rappeler à nouveau le fond de destruction sur lequel ressortent ces questions, destruction du principe anthropologique fondateur du social. Le processus d'initier toute action qui s'engage à accompagner le sujet dans le passage adolescent qui se pose de telles questions ne nous a pas été facile. Plusieurs auteurs cliniciens nous éclairent sur ce qui l'anime. On en retrouve une sorte de dénominateur commun dans ces propos d'Antoine Masson (2004, p. 109) :

[...] l'adolescent lance sa question diffractée vers l'ensemble de l'existence et du monde : question des origines et de la naissance, réinterprétation après coup de l'enfance, mise à l'épreuve de l'actuel, interrogation identitaire sur soi comme sur le monde, convocation à choisir son avenir et à anticiper sur les engagements de vie et, enfin, dévoilement du caractère réel de la mort aussi bien à l'occasion du décès d'un proche que par la simple distanciation du flux spontané de l'existence faisant apparaître chacun dans la perspective des générations.

La jeune fille devant nous est traversée par ces questions qui surgissent en cette période précise de l'*umwangavu*¹¹² et portent sur toutes les coordonnées de son existence, celles qui lui ont été données et celles qu'elle a à se donner. Nous nous rappelons qu'enfant, elle a pu évoluer dans « sa » famille sous la protection d'une « adolescente » qui l'a prise sous sa responsabilité, devenant ainsi mère précocement. C'est elle, aujourd'hui, qui est devenue « adolescente » et rencontre la question du devoir de prise en charge de soi et d'autrui.

Chemin faisant, la méfiance fait place à la confiance. Un voyage ensemble s'amorce et Peace se confie:

Ça fait longtemps que j'ai d'atroces maux de tête. Je pense beaucoup, je me perds dans ces pensées et j'ai peur de rater les examens. Pour ces questions, personne n'y peut rien. Mais s'il y a un médicament que vous pouvez me donner qui peut arrêter les maux de tête et que je puisse au moins avoir un petit moment pour me préparer aux examens, ça serait déjà une réponse efficace. Voilà la raison pour laquelle je suis venue vous voir.

Émerger à la personne implique de pouvoir s'appropriier et se désapproprier ce que l'on a acquis de l'autre (Brackelaire, 1995). Pour Peace, un tel travail inconscient pour tenter d'être « soi » se heurte à des chocs d'ordre généalogique qui se masquent derrière le silence et les maux de tête. Mais ne voit-on pas un début d'élaboration dans cette question hybride, qu'elle adresse à tout parent possible et tous azimuts, à propos de ses propres parents et de son lieu de naissance, comme aussi dans ses symptômes, maux de tête et peur de rater ses examens ? Nous avons pensé que la jeune fille portait les stigmates du génocide dévastateur qui a traversé sa vie depuis son origine, conjugués au moment d'origination et de construction auquel elle accède, où il s'agit de penser par soi-même et de s'élever culturellement en devenant quelqu'un.

Entendre cette vérité l'a bouleversée : « *Maintenant que tu as eu la raison, il faut que tu le saches : je ne suis pas ta mère, je ne connais pas ta vraie mère* ». Elle se heurte de façon redoublée à l'« abstraction » et l'arbitrarité de la personne humaine et de son origine. Dans son cas, le « plein » que constitue toute la chaîne d'altérité et de relations dont nous émanons se trouve gommé et fait place au « vide » que tentent de circonscrire ses questions. Peace souffre de ce questionnement qui l'habite. Elle témoigne du désir ardent de trouver les chemins qui mènent chez elle, d'avoir des nouvelles de ses parents biologiques pour les faire revivre à sa façon. Cette situation mérite une attention clinique particulière dans un dispositif particulier. Un cadre flexible et des façons de faire qui s'appuient sur les valeurs d'avant sont indispensables.

La méfiance ayant cédé place à la confiance, nous avons pu tenter de décoder ce qui se joue derrière le mur du silence. Peace ne raconte pas, elle nous sollicite plutôt, pour que nous racontions d'abord, de sorte qu'après elle puisse elle-même faire son récit. Comme tout auteur et acteur de son histoire, il lui faut pouvoir partir d'une histoire antérieure. Elle part de ce qui l'a précédée, ses familles, les générations, la culture antérieure, afin de tenter d'en faire historiquement autre chose (Brackelaire, 1995). C'est la voie nécessaire,

¹¹² *Umwangavu* est une personne fille à l'âge de l'adolescence. Le garçon du même stade est nommé *ingimbi*.

pensons-nous, pour lui permettre de s'inscrire en propre dans une généalogie à partir des traces transmises par ses bienfaiteurs, de l'encouragement communautaire et du flambeau d'espoir politique repris dans le slogan *Never again* et, bien entendu, à partir des traces laissées par ses parents, qu'elle porte en elle et qu'elle essaie de faire revivre par un travail psychique de (re)création.

Cliniquement, Peace ne manifeste aucune « distorsion ». Elle se pose les vraies questions avec lesquelles elle affronte les « torsions » de ce qui a fait son histoire. Au terme de son adolescence, la voilà obligée de faire demi-tour vers le point de fracture de son existence. Ce point de fracture se situe loin en amont, en des origines dont personne dans le monde des vivants ne connaît le lieu. Or on sait l'importance que revêt le savoir des origines – et le rôle de transmission qu'y jouent les autres – tout particulièrement au moment où il s'agit pour chacun de s'originer (Racamier, 1992 ; Brackelaire, 2004). Et Peace nous a paru se sentir bien en difficulté dans cette négociation simultanément avec elle-même et avec l'autre qui l'entoure, l'autre présent et l'autre absent, disparu, « depuis toujours », mais qui reste potentiellement opérant malgré son absence.

Ainsi, dans la démarche entreprise avec cette jeune fille, nous avons constaté que l'image du père semble gommée, comme c'est le cas pour certains autres enfants orphelins que nous avons pu rencontrer. Ils ne nous parlent que des mères. Peace n'a évoqué le père que dans la question englobante : « *Qui sont mes parents ?* » La seule personne de sexe masculin qu'elle évoque est un certain Tonton Sam¹¹³ de son école qui se soucie de la vie des enfants de cette école. Elle est fort triste qu'il ne soit plus là. Il nous semble qu'elle s'est inscrite dans le plein des mères et le vide de mère. Toute personne de sexe féminin qui a été bienveillante est considérée par Peace comme une mère. Est-ce parce qu'elle a été entourée de présences féminines qui, seules, ont joué le rôle des parents ? Il est possible que cet élément ait son importance car c'est une structuration fréquente des familles dans le Rwanda post-génocide, y compris dans les familles instaurées en l'absence de parents (Uwera & Brackelaire, 2011; Godard, Munyandamutsa, Mutarabayire-Schafer, & Rutembesa, 2012). Le travail psychique mobilisé par nos rencontres constituera une occasion pour elle de se faire l'idée non seulement d'une mère mais aussi d'un père, condition pour se faire porteuse de la dette entre générations.

4.5.7.2. Origine introuvable, dette insolvable, sauf à en régénérer les principes actifs

Peace ne se laisse pas dominer par l'ingratitude de ce moment que l'on traite parfois d'« âge ingrat ». Au contraire, elle manifeste un appel ardent à exprimer sa gratitude à sa

¹¹³ Le mot Tonton est utilisé couramment par les enfants comme formule de politesse pour désigner toute personne de sexe masculin plus âgé que l'enfant. Il est comparable à un oncle. Si cette personne a aussi des enfants, on l'appelle alors par le nom de son aîné. Papa tel. Si elle n'a pas encore d'enfants, on le nomme Tonton suivi par son propre nom (Tonton Sam). C'est la même chose pour toute personne de sexe féminin. Elle est nommée Tantine, comparativement à une tante. Par rapport à un certain âge, on peut l'appeler maman. Ou si elle a des enfants, on l'appelle alors du nom de son aînée. (Maman Aline). Ces personnages sont en générale familiers à l'enfant ou à sa famille. Signalons que tous les noms utilisés sont fictifs pour préserver l'anonymat du sujet.

propre façon. Le langage auquel elle recourt par ses maux de tête et sa peur d'échouer nous parle de ses conflits intériorisés. Ils sont relatifs à sa quête des origines et sa dette de reconnaissance vis-à-vis de l'autre. Cet autre est ici d'abord la mère, quelle qu'elle soit et où qu'elle soit.

C'est seulement sur les études que je compte pour devenir quelqu'un. [...] Quand je serai aussi « un homme », je pourrai à mon tour offrir quelque chose à toutes mes mères. Si Peace se heurte à la question de la dette, celle-ci en même temps la pousse à s'élever et la relance quand nécessaire. Elle veut à tout prix se montrer reconnaissante à l'égard des personnes qui lui ont tendu la main et c'est pourquoi elle se bat pour y arriver. Elle veut devenir ce que ses parents auraient souhaité pour elle et elle lutte pour atteindre ce qu'elle-même veut devenir : « un homme ». Le terme évoque ici le succès dans les épreuves de la vie, ce qui n'est pas peu dire dans son contexte ; Peace indique ainsi le point à atteindre pour être à la hauteur de la dette. La perspective d'y arriver la porte en avant et la pousse à pouvoir assumer la position et le rôle de quelqu'un qui répondra d'autrui comme de soi.

Tout en soutenant ce mouvement, qui nous paraît primordial, nous ne pouvons manquer d'observer que l'« homme » (*umugabo*) y prend le seul visage de celui qui a franchi avec succès les épreuves de la vie. Un point de vue que nous soutiendrons aussi est que chacun à sa façon, à son rythme et à chaque étape à laquelle il accède, est déjà « *umugabo*/un homme », par-delà et à travers les succès et les échecs. La jeune femme devant nous l'est déjà. C'est une ligne que nous avons suivie dans notre travail avec elle afin de faire apparaître de façon continue ce dont elle dispose pas à pas sur son chemin pour devenir ce qu'elle est.

Ainsi avons-nous également procédé dans des situations similaires afin de permettre et soutenir le travail de symbolisation et de création. A partir de traces, à partir des traces des pas réalisés, un chemin peut se créer. Pouvions-nous faire autre chose dès lors que ses questions sur les origines sont sans réponse et que la muraille de dette et de reconnaissance à laquelle Peace se heurte est sans mesure ? L'accompagner pour explorer ce qu'elle sait déjà et ce qu'elle peut savoir, ce qu'elle donne déjà et ce qu'elle peut transmettre, nous a semblé indispensable. La part obscure et inaccessible peut faire l'objet de l'imaginaire, ce qui s'inscrit dans la logique du travail de symbolisation.

Celui-ci devra se réaliser pour Peace aux deux niveaux évoqués : autour des dettes de reconnaissance et autour du deuil des origines. Or il importe de souligner pour notre propos que le point d'appui et de relance, à ces deux niveaux, n'est autre que l'« avant », entendons la culture d'avant, ses valeurs, ses proverbes, ses mythes, ses façons de faire, son mode de vie familiale, ses modèles parentaux, etc. Ce point, ce principe, est celui que nous appelons l'Entre-génération. C'est à partir de là que peuvent se remobiliser et s'élaborer les questions de l'origine et de la dette. « Les morts ne meurent pas », avons-nous appris des sages rwandais. Cela dit la vitalité des liens et des obligations entre les vivants et les morts. Rutembesa (2013) l'évoque dans l'idée métaphorique des « racines » d'un arbre enfouies dans le sol et qui continuent de faire exister la partie aérienne de l'arbre.

En commençant par parler des vivants, Peace peut tenter d'exprimer sa gratitude envers toutes ces personnes qui l'ont protégée, prise en charge, soutenue. Son désir de réussir et de

s'affirmer devient une façon de leur dire qu'ils l'ont aidée à devenir une grande personne, qu'elle l'est, et qu'elle poursuit son chemin pour aller plus loin. N'est-ce pas ce que l'on « rembourse » aux parents qui nous ont désirés et mis au monde ? Les Rwandais l'expriment dans un proverbe qui dit que « mettre au monde un enfant qui te ressemble – se reproduire en ses enfants – procure de la joie » (*ukwibyara gutera ababyeyi ineza*¹¹⁴). On s'y réfère surtout au savoir être, à la possession des principes de l'ordre de l'humain, de telle sorte que l'entourage puisse dire avec fierté que c'est le fils ou la fille d'un tel ou d'une telle. L'Entre-génération fonde les relations intergénérationnelles. Que Peace soit ainsi déterminée à devenir un « homme », quelqu'un qui à son tour contribue personnellement à la culture qui l'a engendrée, c'est à nos yeux les prémices du cadeau symbolique adressé à ces personnes qui ont exercé pour elle un rôle parental et, à travers elles, à l'humain.

Quant à ses parents biologiques, nous l'avons accompagnée dans le processus de création de leur image. Elle s'en est construite une image symbolique à partir de ses propres caractéristiques. Cela nous rappelle Quentel (2004) parlant de l'adolescent. Il souligne que le fondement de son existence ne se situe plus en autrui mais en lui-même. Nous pouvons ajouter que ce fondement que l'on crée et trouve désormais en soi tient au principe qui s'en est transmis dans l'Entre-génération. On peut saisir ainsi cette phrase de Munyandamutsa (2013, p. 360) : « On ne se crée pas, on est créé. On est créé par le désir d'immortalité véhiculé à travers des générations, car, après la naissance de l'enfant, les parents acquièrent la certitude qu'ils ne mourront point ».

Nous avons cherché, avec Peace, à nous appuyer sur cet héritage culturel, par où l'on remonte aux ancêtres lointains et d'où l'on part vers l'avenir, pour amorcer son travail de fantaisie créatrice. Ainsi est-il apparu que les parents que Peace a eus, elle les porte dans son corps et ils continuent à exister. Elle peut alors retrouver du dedans, au cœur de sa personne, le rapport entre les vivants et les morts, qui est au cœur de la culture (Gérard Van't Spijker, 1990 ; Rutembesa, 2013), et elle lui donne une figure propre. Traditionnellement, c'est une insulte, une malédiction terrible pour un Rwandais de ne laisser personne comme descendants. *Gusiga ubusa* : ne rien laisser. C'est comme être déraciné. Cela n'a pas été le cas pour les parents de Peace.

Le cas de Peace nous témoigne qu'au Rwanda les jeunes sont nombreux à vouloir et devoir « remonter le temps » (Altounian, 2013). Ils sont nombreux à entreprendre un « retour à la fracture de l'existence » (Masson, 2004) pour retrouver la trace d'une famille perdue en même temps qu'ils accèdent à eux-mêmes. Avant de tenter de comprendre ce que représente la transmission transgénérationnelle qui se met en jeu à travers le cas de Peace, nous allons décrire une autre situation trigénérationnelle, avec la mère, le fils et la petite

¹¹⁴ Diction qui vient du poème « *Ukwibyara gutera ababyeyi ineza* (se reproduire en ses enfants procure de la joie aux parents) » offert au roi du Rwanda Mutara II Rwogera à l'occasion de son intronisation par Nyakayonga fils de Musare. Par cette façon de dire, on veut simplement souligner le thème général que contient ce poème généalogique, à savoir que l'enfant en tant que pérennisation de la lignée et élargissement de puissance de la famille est ainsi une bénédiction pour les parents.

filles au centre de l'espace intergénérationnel, pour tracer le chemin de la chaîne de la transmission psychique de l'héritage traumatique et approfondir le statut de l'enfant.

4.5.8. Cyusa : protection de l'enfant ou du secret ?

Après ces résultats issus de l'analyse transversale, nous abordons maintenant les résultats issus de l'étude de cas longitudinale. Nous avions planifié d'en faire trois, mais arrivée sur le terrain, la complexité et l'enchevêtrement des problèmes polymorphes qui se sont manifestés nous ont imposé de n'en faire qu'une, mais qui touche trois cas d'une même famille et qui s'inscrit dans le registre du transgénérationnel. Nous avons jugé bon de présenter les résultats issus de cette étude de cas longitudinale pour souligner la problématique de la transmission de l'horreur d'une génération à une autre. Certains propos sont recueillis dans un cadre groupal, d'autres dans un cadre familial et/ou individuel. Les situations précédentes, chacune dans sa singularité, témoignent aussi d'une sorte de transmission transgénérationnelle des traumatismes et de la façon de les surmonter. Cependant, nous voulons les faire ressortir en se servant de la présente étude trigénérationnelle. Tout en amont, nous avons eu la mère, puis son fils et enfin la petite fille. Ouvrons cette réflexion par cette dernière pour aboutir à la fin sur les secrets camouflés dans la surprotection.

À la fin du mois de septembre 2013, Cyusa, une fille de 12 ans, est venue rejoindre le groupe des enfants de l'un de nos sites d'intervention où son oncle maternel âgé actuellement de 20 ans (né en 1994) venait aussi. Cyusa fut donc intégrée dans le groupe pendant notre troisième temps de terrain, alors que les autres avaient commencé lors de notre deuxième temps (de septembre 2012 à avril 2013). Cependant, même si la mise en place de leur propre espace a eu lieu un peu tard, nous connaissions l'existence de chacun des enfants, soit par leurs parents membres du groupe des mères, soit par leurs soignants. Jamais entendu parler de Cyusa, ni par sa mère présente dans le groupe des mères, ni par son oncle, qui fortifie les autres et qui nous a tant aidée en faisant part de son expérience aux autres.

C'est le moment de la présentation. Une de nos stratégies pour appréhender l'histoire individuelle dans le collectif est de laisser chaque participant s'exprimer et de lui accorder un temps pour se présenter aussi largement qu'il le peut et/ou veut. Chacun prend le temps de se présenter aux autres membres du groupe, indique ses noms, sa provenance, les choses qu'il préfère et celles qu'il déteste et ce qu'il envisage de devenir à l'âge adulte. Quelques-uns ajoutent qu'ils fréquentent régulièrement la clinique pour « le programme » *Gahunda*¹¹⁵. Cyusa regarde avec curiosité toute personne qui prend la parole. C'est son tour. Elle parle à voix basse en regardant alternativement par terre et chacun des membres assis en cercle.

¹¹⁵ Programme ou « Gahunda » dans la langue de ceux qui sont l'objet de la recherche est utilisé pour dire en un seul mot tout le paquet minimum de soins que les personnes vivant avec le VIH/SIDA bénéficient. C'est entre autre le rendez-vous mensuel pour la prise des médicaments (prophylactique ou antirétroviral), le rendez-vous pour les examens du labo et/ou autre consultation médicale en cas de maladie.

Nous avons l'impression qu'elle a peur. Avec peine, nous captons son nom, tout le monde le fait répéter et l'interpelle pour qu'elle parle à haute voix. Elle s'efforce : « *Je m'appelle Cyusa, moi je préfère aller à l'école plutôt que venir à la clinique* ». Le jeune Tito, le plus âgé du groupe (20 ans) qui est son oncle, lui demande : « *qu'est ce tu vas faire une fois que tu seras adulte ?* » Cette question déclenche des sanglots que Cyusa avait d'ailleurs retenus depuis le début. Elle pleure, ce n'est plus possible de parler, elle est débordée d'émotions. Pendant toute la séance elle pleure (*Guhogora-gusuhuza umutima*)¹¹⁶. Nous ne savons que faire, il ne leur est plus possible de jouer ni de se lancer des blagues entre eux comme ça a été le cas précédemment. Et son oncle de dire en se déplaçant pour s'installer directement à côté d'elle : « *Nibakureke, ni mundekere umwana*¹¹⁷ (qu'il te donne la paix, laisse tranquille mon enfant) ». Il l'entoure de son bras, essuyant ses larmes avec la main de l'autre bras. Une autre fille de 19 ans lui passe un mouchoir. C'est le silence et la tristesse qui circule devant les larmes de l'enfant. Pour tenter de la briser, nous nous adressons à tout le monde sans précisions :

« Nous remercions Cyusa d'avoir choisi de nous rejoindre, bien que d'habitude elle préférerait aller à l'école plutôt que de venir à la clinique. Bien que nous n'ayons pas pu tous décoder de la même manière ce qu'elle veut nous communiquer à travers ses larmes, nous essayons de comprendre quelque chose comme la tristesse. Elle seule en sait plus. Elle pourra peut-être nous en parler quand cela lui sera possible. »

Ce moyen d'expression d'alternance d'affects émoussés et pointus, de « silence chargé » (Uwineza et Brackelaire, 2014) ainsi que d'autres gestes corporels nous témoignent de « l'écart infini » entre le savoir du psy ou celui du médecin et la réalité de la maladie et de la souffrance du sujet dont parle Laplantine (1992). Aulagnier (1986, p. 289), en quête du sens perdu chez le psychotique, nous éclaire à propos de ce savoir :

[...] qui, au nom de théories diverses, vient définir le symptôme, étiqueter, cataloguer le signe dans le vain espoir que sa nomination équivaldrait à sa connaissance et « un savoir » qui parle de l'intérieur même du signe, ou mieux du signe qui tout à coup prend la parole pour dire au savoir pontifiant ce que son silence lui avait caché.

Cela entre en résonance avec la façon dont Cyusa s'est présentée. « ... *moi je préfère aller à l'école plutôt que venir à la clinique.* » Veut-elle aller à l'école parce qu'il n'y a pas de raisons qui l'amènent à la clinique, ou simplement parce qu'elle ne souffre pas encore ?

¹¹⁶ Sentiments intraduisibles. Les concepts appropriés traduisant exactement ses deux sentiments (*Guhogora* et *Gusuhuza umutima*) nous font défaut. Pour partager avec notre lecteur l'ambiance du terrain, nous les décrivons. *Guhogora* se dit pour quelqu'un qui a pleuré jusqu'à en arriver dans l'état d'inconsolation. Toute consolation déclenche le versement d'autres sanglots à foison. *Gusuhuza umutima* est un état qui s'ensuit caractérisé par la respiration profonde, qui alterne avec la respiration normale ; à chaque respiration profonde, le sujet peut encore verser des larmes. *Gusuhuza umutima* n'est pas toujours accompagné par des pleurs, c'est un phénomène qui peut être isolé, il traduit la peur, l'angoisse, les soucis inhibés. Mais, souvent quand on a pleuré jusqu'à son niveau, ces genres de respirations se présentent. Un enfant délaissé longtemps dans les pleurs peut dormir dans cet état et, quand il se réveille, il reprend la crise de pleurs. Il y en a même qui peuvent pleurer en étant endormis.

¹¹⁷ Une façon de dire qui s'inscrit dans la logique des consolations. Ça signifie « laisse tranquille mon enfant ». Cette façon de dire ne s'adresse à personne. Elle s'adresse indirectement à l'objet menaçant qui fait que le sujet verse des larmes.

Son propos nous fait penser plutôt que la souffrance est déjà là, mais qu'elle souhaiterait ne pas souffrir. Elle nous partage son état d'âme.

4.5.8.1. *Enfant fatiguée, rassasiée de soi et de tout*

Nous sommes loin de nous précipiter à profiler le cas devant nous. Apparemment asymptomatique, très joviale dans les conversations informelles, dans la marche vers la cantine pour apporter à boire et à manger pour les autres – une stratégie consistant à approcher les sujets à qui n'appartient pas un art de parler –, du coup, le tableau dépressif se dessinant, à travers son visage et dans ses propos très brefs mais significatifs. Écoutons-la : « *je suis fatiguée, j'en ai marre de vivre, ... de tout. (Ndananiwe, numva narihaze, numva narahaze ibintu byose)* ». Notre « savoir » s'évanouit devant ce cas, comme cela nous arrive souvent, devant bien d'autres figures différentes dans la clinique du traumatisme psychique au Rwanda (Uwineza et Brackelaire, 2014). Notre collègue, qui connaît tout le monde depuis longtemps, pour avoir travaillé avec leurs mères et/ou parents adoptifs, compatit par un mouvement de la tête et dit : « *c'est vrai... ça peut arriver chez tout le monde, n'est-ce pas ?* », en adressant un regard interrogatif aux autres membres du groupe, comme pour les inciter à en dire quelque chose ou à continuer la dynamique du groupe. C'est une façon de sortir de l'ombre du silence qui pèse. On n'entend que les gémissements, les respirations profondes de Cyusa qui nous a tous plongés dans la stupéfaction et dans la désolation sans en savoir la cause. Le fait de s'adresser aux autres n'est pas fait pour abandonner Cyusa dans sa détresse, même si son oncle la serre déjà dans ses bras. C'est pour lui accorder un espace interne libre, où peuvent se décanter et se filtrer tous ses affects. De brefs témoignages sont donnés à tour de rôle, les larmes de Cyusa sèchent progressivement, mais son visage reste assombri par la tristesse immense.

Les stratégies méta communicatives auxquelles nous avons recours dans cette situation, veulent interroger « la subjectivité » de la jeune Cyusa. Même si les soignants, son oncle et sa grand-mère la veulent à la clinique, elle préférerait être à l'école car elle est en non état de santé selon elle. « *...je ne suis pas malade* » disait-elle. Cela rejoint ce que Laplantine (1992, p. 19) évoque autour de « la maladie en première personne », renvoyant la subjectivité du malade qui interprète lui-même les processus qui font qu'il « se sent mal ou en pleine forme ». La subjectivité du cas que nous voulons appréhender est non seulement celle qui fait que lui-même interprète « les processus qui font qu'il se sent mal ou en pleine forme », mais aussi, celle qui nous anime dans notre processus de comprendre les choses en tant que chercheur-clinicien.

La subjectivité de Cyusa qu'elle affiche d'ailleurs – « je ne suis pas malade, je veux être à l'école » – rencontre des barrières. Il nous semble que Cyusa est quelqu'un qui n'est pas seul, qui ne pense pas seul, qui n'agit pas seul en aucun moment. Sous nos yeux, Cyusa est dominée par la présence de son oncle dans la pièce et celle de sa grand-mère – nommée tantôt maman, tantôt grand-maman – devant la porte. Cette dernière ouvre de temps en temps pour voir où nous en sommes. Déjà encerclée dans l'enchevêtrement des influences transgénérationnelles et d'affiliation non identifiables, où l'oncle est aussi frère, où grand-mère est aussi maman et où maman devient l'autre maman au moment où papa n'est pas le

vrai papa, Cyusa préfère se taire, garder pour soi ce qui peut « troubler la relation et met une ombre entre nous » (Cyrulnik, 2010, p. 21). Cependant, elle n'est pas passive pour autant. Elle essaie de faire son choix pour tenter de se distancer : « *je préférerais aller à l'école plutôt que venir à la clinique* ».

Par cette phrase, nos pensées se mettent en quête du sens, en s'attellant plus au non-dit de ce qui a été dit, et à l'implicite de ce qui a été explicité. L'hypothèse se structure en une question qui reste interne et qui fut objet de notre travail autour de ce cas trigénérationnel : peut-être que pour cette fille, son épanouissement n'est ni à la maison, ni à la clinique, ni nulle part ailleurs qu'à l'école, nous demandons-nous. Profondément inspirée par le Professeur Jean Kinable, nous sommes allée plus loin dans l'analyse de cette courte phrase. Discrètement mais nettement, cette brève réplique de Cyusa oppose la dualité de la vie et de la mort. Cyusa préfère aller à l'école. Elle déteste venir à la clinique. Cela est, sous nos yeux, l'expression du désir permanent de la vie. Là-bas à l'école, il y a d'autres enfants du même âge, il y a des jeux, il y a la vie, car on apprend, on se développe, et on a des ambitions, et comme ça on vit. Par contre, à la clinique, c'est le lieu situé à l'interface de la vie et de la mort. Aller à la clinique est signe que l'on souffre. Dans ce contexte, c'est signe que l'on a la maladie dans le corps, et pas n'importe laquelle, celle qui est connotée comment étant « *porteuse de la mort par son pouvoir de réduire les jours et d'anéantir le désir de l'existence* ». C'est peut-être ce « signifiant » étrange et la façon dont elle a eu cette maladie qui dépriment Cyusa au point de « *se sentir fatiguée de soi et de tout*. » Ou encore elle est sous l'emprise du silence imposé, ou celle du silence « assisté » chez les adultes qui gardent secrets les choses la concernant. Par ce silence assisté, nous voulons souligner les multiples secrets auxquels elle se heurte de jour en jour. Nous citons les plus pesants : les secrets liés à son vrai père et à la relation que sa mère mène avec celui qu'elle pense et qu'elle sait qu'il est son père, les secrets liés à la façon dont elle fut infectée et à la manière dont elle est fut conduite à la clinique sans savoir pourquoi. Elle garde des traces du mensonge de sa grand-mère. Et maintenant, elle crie au secours, sans oser avouer toute la réalité, car elle est dominée.

Un jour, dans le coin de la cour de jeux où elle s'isole « *fatiguée de tout* », nous nous approchons d'elle, elle nous raconte comment elle fut amenée comme un mouton à la clinique par sa grand-mère (maman).

... Je croyais qu'elle m'accompagnait à l'école. Mais d'habitude j'y vais seule depuis que tonton Tito est allé étudier loin, je lui ai demandé : « où allons-nous maman ? » Elle m'a répondu : « je ne sais pas ma fille », j'étais même en uniforme et je lui ai encore demandé où nous allons-nous. « Où est-ce que tu m'emmènes ? » Elle m'a dit encore qu'elle ne savait pas. Et moi de lui demander encore : « comment est-ce que tu vas savoir que nous y sommes arrivées ? » Mais, elle le savait, seulement elle ne voulait pas me le dire. (Tristesse et yeux humides, encore silence). C'était pour la prise de sang et les médicaments.

« Tu as peut-être envie d'aller jouer avec les autres ? », demandons-nous pour tenter de récupérer le climat qui caractérise normalement la cour de jeux. Elle secoue la tête de gauche à droite pour dire non. Il me semble que la voix ne peut plus sortir à cause de la tristesse qui s'est déjà installée. Nous ne souhaitons pas un tel climat dehors, mais

malheureusement, il est déjà là. Nous lui posons cette question en la prenant dans la main pour quitter le coin et aller vers les salles et suggérer aux autres de nous rejoindre après un certain temps : « Et finalement, elle t'a dit quelque chose à ce propos ? ». « *Non, rien, jusqu'à présent. C'était pour la prise de sang au laboratoire et les médicaments* », répond Cyusa.

Il se pourrait qu'antérieurement, Cyusa soit à la clinique suite à des symptômes pseudo-grippaux. Elle fut testée et le diagnostic fut annoncé à la grand-mère et à l'oncle qui l'avaient accompagnée mais le cachent à Cyusa ; pour elle, le rituel de prise de médicament prophylactique alors qu'elle est bien portante est mystérieux. Tous, la grand-mère, l'oncle et Cyusa elle-même doivent avaler une gélule du jour. Les deux veillent à ce que la petite prenne ses médicaments comme il faut, mais Cyusa ne sait rien du secret entre la mère et le fils.

Ces propos différents de ce que nous avons appris de l'oncle et de la grand-mère nous ont laissée devant la question autour de laquelle se structurent plusieurs hypothèses : que s'était-il passé pour cette fille ? Depuis notre exercice de la profession de psychologue clinicienne auprès des enfants et de leur famille vivant avec le VIH/SIDA, nous n'avons jamais rencontré un enfant qui réagit de la sorte : le silence étrange qui éclate une fois qu'il n'y a plus moyen d'échapper à la parole ! Le silence étrange de Cyusa ramène à notre esprit le cas de Denise, enfant abusée, infectée du VIH/sida de ce fait, maltraitée par différentes familles d'accueil et que nous avons eu le temps d'accompagner pendant un certain nombre d'années. Comme il lui avait été interdit de dire tout ce que l'on lui avait infligé comme sévices, Denise demeurait toujours sous l'emprise de « *la terreur et de la honte imposées* » ; elle n'osa jamais laisser sortir aucun mot pour répondre à notre question de savoir ce qui s'était passé sur son bras droit au-dessus du coude. Mais la petite Denise n'avait tout de même pas accepté que nous nous séparions en nous laissant avec un constat qui n'est pas proche de la réalité endurée. Avec un regard inquiet et craintif, elle a monté sa blouse pour nous montrer aussi les blessures en voie de cicatrisation sur son dos. C'était comme si elle témoignait qu'elle était dans « l'impossibilité de continuer à garder ce feu allumé en elle. » (Uwineza, Brackelaire & Masson, 2014). Nos questionnements et étonnement autour du cas de Cyusa furent accentués par la grand-mère, membre du groupe des parents-femmes, Entre-nous. Nous poursuivons nos interactions avec elle sous l'intitulé du « *médicament qui tue* », comme le conçoit la grand-mère.

4.5.8.2. *Le médicament qui tue*

« Nous nous trompons de malade. Ce n'est pas tant sur le blessé qu'il faut agir afin qu'il souffre moins, c'est surtout sur la culture » dit Cyrulnick, (1999, p. 190)

Dernièrement, nous avons évoqué combien les personnes des générations antérieures qui ont su garder les valeurs d'avant contribuent énormément à la transmission d'un héritage vital à la jeune génération qui leur permet de se repérer, de se ressaisir et de se projeter dans l'avenir (Uwineza & Brackelaire, 2014). L'étude de cas couvrant trois générations (mère, fils, petite fille) nous a fait découvrir le revers de la médaille.

À la sortie de l'une des séances, la grand-mère se bouscule avec les enfants qui sortent pendant qu'elle entre pour nous rencontrer directement ; elle nous adresse une série de questions sans y mettre d'intervalle qui nous permettrait de réagir : « Vous a-t-elle dit quelque chose ? Qu'est-ce qu'elle vous a dit ? Vous a-t-elle dit comment elle fut infectée ? S'il vous plaît, dites-moi tout ! » « Nous avons clôturé les séances d'aujourd'hui, et pour les parents et pour les enfants. Vos questions sont d'une grande importance ; si possible, gardons-les pour la fois prochaine. Si tu penses que c'est tard, revenez ici à la clinique avec Cyusa le jour qui vous convient, je serais toujours ici », précisa notre collègue.

Les yeux grandement ouverts, la grand-mère répliqua tout de suite :

C'est bien moi qui l'ai tuée. Je lui ai transmis la mort lors de sa brûlure ; je ne sais pas si vous n'avez pas remarqué la cicatrice sur la main gauche. Si je n'avais pas eu recours à ce médicament qui malheureusement l'a tuée, elle serait morte de cette brûlure. Le médicament que j'ai utilisé agit normalement vite. [...] Je l'avais sur moi, je ne me suis même pas rappelée que j'ai déjà un petit corps étranger-rongeur¹¹⁸ dans mon propre corps. Vous a-t-elle dit autre chose que ça ? »

Ni notre collègue, ni nous-même, personne n'a su rester en dehors des limites des préjugés qui ont fait l'objet de notre hypothèse de travail thérapeutique. Jusqu'à la fin de notre dernière séance de recueil de données et d'intervention, au mois de mars 2014, cette hypothèse reste encore non vérifiée. Préoccupée par la situation de cette famille, notre collègue fixa sur place un rendez-vous pour la semaine suivante. Le temps pour arriver dans son bureau où nous devions faire le « post-groupe » fut long, et pour elle et pour nous-même. L'infirmier au service des antirétroviraux nous rejoint pour la séance post-groupe. Bien que nous ne co-facilitons pas le groupe avec lui, ses informations, complètent celles dont nous disposons sur nos patients : « Cette fille est encore trop jeune et sa mère est séronégative, n'a-t-elle pas par hasard été abusée sexuellement ? Je n'arrête pas de me poser cette question. Sa grand-mère, son oncle ne la laissent jamais discuter avec les soignants quand elle est seule », nous confie notre collègue dans la séance dite post-groupe. Il faut y aller doucement, nous risquons de leur faire abandonner le traitement : telle fut notre décision, ensemble après un long échange autour de cette hypothèse dans le temps post-groupe.

Cette situation nous a tous mis dans la confusion au point que nous nous sommes sentis alertés et incités à solidifier le dispositif des enfants afin d'aller au fond des choses dans notre stratégie de prise en charge. Avec le soutien des autorités administratives de l'AVEGA, les séances sur ce site ont depuis lors été planifiées régulièrement sans attendre

¹¹⁸ Petit corps étranger-rongeur : nous utilisons nous-même cette formulation pour tenter de traduire exactement ce que nous confie ce cas. En général, le corps étranger vient pour signifier un virus dans le corps. Il est nommé en Kinyarwanda *agakoko*, appellation qui qualifie le virus comme « petit », d'où nous reprenons ce qualificatif dans notre traduction : petit corps étranger. Le cas décrit par la suite l'activité du virus dans son propre corps par attribution d'un autre nom péjoratif : *imungu* qui vient du verbe *Kumunga* que l'on peut traduire comme 'ronger'. C'est donc de tout ce cheminement que nous tirons cette traduction : « *Sinigenze nanibuka ko mfite agakoko, imungu mu mubiri wange*, c'est-à-dire, je ne me suis même pas rappelée que j'ai déjà un petit corps étranger-rongeur dans mon propre corps. » Cette conception du virus du sida n'est pas propre à ce cas seulement. C'est un jargon interne entre certains groupes qui se connaissent.

les vacances. Notre collègue planifie dès lors la rencontre individuelle avant la prochaine séance. « Cyusa n'est jamais venue seule ; si ce n'est pas son oncle Tito qui l'accompagne, c'est sa grand-mère, ou les trois viennent en même temps. *« Jamais, personne ne la laisse entrer seule, même à la demande du thérapeute. À chaque question qui lui est adressée, l'un des deux répond à sa place ou donne une partie de la réponse et l'invite à continuer »*, nous a confié notre collègue qui souligne que l'on y aille lentement pour ne pas courir le risque de ne plus les voir, même pour d'autres programmes importants pour leur santé comme le laboratoire et l'approvisionnement au traitement antirétroviral.

Réunissant les bribes de l'histoire de la famille recueillis à des moments différents, nous remarquons que Cyusa est la nièce de Tito ; ils vivent ensemble sous le même toit chez la mère de Tito. La mère de Tito est donc la grand-mère maternelle de Cyusa. Pendant le Génocide, celle-ci fut violée sexuellement alors qu'elle était enceinte de Tito, son cadet et unique fils qui lui reste et pense que c'est alors qu'elle a été contaminée par le sida et qu'elle le lui a transmis à sa naissance en pleine période de génocide. *« La vie d'après n'était pas la vie »* ; la mère et son fils ont été alités pendant plusieurs années. Les enfants des voisins ne pouvaient pas jouer avec le petit Tito. *« C'était la mort chez nous, et nous attendions que Dieu à qui je me suis donnée et à qui j'ai offert mon fils nous sauve la vie ou nous emmène chez lui »*, poursuit cette femme. Face à de pareils propos, Jacques Roisin dirait que l'anéantissement est pire que la mort. Les explications qu'il donne à cette affirmation par rapport aux personnes traumatisées trouveraient ici leur place :

...les situations qui ont déclenché leur détresse traumatique sont celles où s'est réalisée la destruction d'objets vitaux, et c'est une expérience effroyable de destruction psychique qui en a été l'impact. Cependant, l'utilisation du terme de mort qui survient pour nommer cette destruction est trompeuse car il évoque chez celui qui l'entend le sens de la perte de la vie. Or, ce que les personnes traumatisées tentent d'adresser sous ce terme dépasse cette première signification (Roisin, 2010, pp. 21-22).

La distinction que cet auteur fait entre les deux dimensions liées à la mort psychique, d'une part celle qui relève de l'expérience de la perte, d'une autre part celle liée à la rencontre du néant, appuie la première hypothèse, celle liée au phénomène psychique de cohabitation de la vie et de la mort chez le survivant, qui a été mise en évidence depuis notre premier temps de terrain. Elle sera reprise à la fin de ce chapitre pour mettre en évidence ce qu'il en est par rapport aux enfants.

À côté de cette « vie sans vie », la grande sœur de Tito qui avait 15 ans à l'époque (1994) n'a jamais toléré la situation de sa famille. Elle échouait lamentablement à l'école, puis tomba enceinte de Cyusa; elle alla, immédiatement, vivre avec un homme avec qui elle a eu 3 autres enfants. Quand le mari a su que Cyusa ne lui appartenait pas, cela fut à l'origine de conflits, de maltraitance de sa femme et des enfants, puis de la séparation totale. La petite Cyusa et ses demi-sœurs en ont souffert énormément ; c'est ainsi que Tito, le jeune adolescent, le « Tout » pour sa mère, prend la décision d'aller ramener ses nièce et neveux chez lui, *« pour les protéger du comportement de leur mère et des conflits incessants avec son mari. »*

4.5.8.3. Entre mère et fils, culpabilité et responsabilité partagées

La culpabilité de la grand-mère d'avoir « transmis la mort » à sa petite-fille Cyusa, n'épargne pas son fils Tito, qui se portait garant de la réparation des failles que le génocide a laissées dans sa famille.

Je me disais que ma mère serait soulagée pour être avec ses petits-enfants et que mon absence au collège serait comblée par leur présence et ainsi la maison serait réchauffée..... Au lieu d'apporter les solutions, je n'ai fait qu'augmenter la souffrance en empirant la situation. Ma mère va mal plus qu'avant, et je ne comprends toujours pas pourquoi de mon cas, elle n'en tire pas encore la leçon.

En écoutant les propos de Tito, nos pensées oscillent entre deux pôles. Est-ce que ce jeune a pu réellement intégrer son statut sérologique positif ou encore est-ce sa stratégie de « glacier » ou d'« anesthésier » le phénomène pour atténuer son impact ? La mère de son côté reste profondément investie par rapport aux membres de sa famille décédés. Elle reste fixée à sa propre mort, à la transmission de cette même mort à d'autres générations. Ces propos en témoignent : « ... les miens sont décimés dans le feu génocidaire, la mort que j'ai héritée de ces criminels, je l'ai transmise à mon fils, à ma petite fille. Elle ne s'arrêtera pas là... » On pourrait lire la culpabilité de ce jeune, celle de sa mère dans le miroir de leur responsabilités partagées. Chacun se culpabilise d'être la cause de la maladie et de la misère qui siège dans leur famille. Il n'y a donc pas de liens dans ce conflit actuel, car la culpabilité qui plane au-dessus de la responsabilité est limitée au passé et n'affiche au sujet que ce qu'il a été plutôt que ce qu'il est (Kinable, 2006).

Notre première rencontre avec Tito a eu lieu lors de l'ouverture de l'espace « enfant » Chez-nous, sur l'un des deux sites. Il fut mandaté par sa mère pour témoigner de son parcours, surtout en vue de clarifier la façon dont sa mère avait géré la situation autour des questions sans réponse qu'il lui posait. Il portait l'étiquette, attribuée par sa mère, d'être courageux et responsable, que ce soit dans la vie familiale ou dans son collège. En lui, sa mère avait mis toute sa confiance. Nous attendions de voir comment les choses allaient se dérouler en groupe, comment Tito transmettrait à ses pairs plus jeunes que lui, un héritage pour lequel ni les mères ni les soignants, ni personne ne savait comment procéder et/ou pour lequel il craignait de se lancer. Nous apprenons de Boris Cyrulnik qu'une simple main tendue peut devenir un appui qui pourrait sauver l'enfant d'un prédateur. « *Même un bavardage anodin constitue un événement qui peut modifier le cours de son existence* » (Cyrulnik, p. 93). Tito, âgé de 19 ans, serait-il capable de jouer ce rôle ? Poursuivons en décrivant comment son témoignage sert de voie de transmission qui filtre d'abord le contenu de l'héritage à transmettre.

Lors de la toute première rencontre dans le groupe d'enfants où étaient invités les parents, il prend la parole alors que le silence avait pris le dessus. Il brise le silence, alors que tout le monde est dans l'impasse face aux questions complexes empreintes d'amertume que chacun se pose. « *Au moins ici le poids est supporté par tous. Ce sont ces genres de questions auxquelles moi et mon fils étions confrontés sans que j'ose y réagir* », révèle sa mère. Elle faisait allusion à la situation conflictuelle qu'elle a traversée avec son fils. Le début de des propos de Tito est trop lent et il a l'air d'être pensif comme s'il cherchait un

point d'appui ou un point de repère pour s'y engager. Nous sommes frappée par la façon dont il a engagé son discours et surtout par les mots introductifs, en réaction à une série de questions que certains enfants nous ont adressées :

Ce sont des questions complexes. Je me suis posé les mêmes questions et plusieurs autres non évoquées, je suis allé jusqu'à haïr ma mère et tout le monde. Quand j'ai compris certaines choses, je suis revenu vers ma mère, gardant la rancune pour la personne qui a tué mon père, je voulais même apprendre à tirer pour qu'un jour je trouve le moment de fusiller tôt ou tard la personne qui a tué mon père après avoir infligé la mort à ma mère pour qu'elle me la donne dans son sein (Sourcils froncés, signe de combat contre la tristesse qui se réinstalle). Cela peut vous dire réellement qui j'étais, d'où je suis venu... Ce que je peux dire à Fille, ce n'est que lui partager mon propre parcours. Je ne sais pas si ça va lui être utile, mais c'est seulement de ça que je dispose, que chacun l'écoute et qu'il en fasse ce qu'il veut en faire.

Nous apprenons à travers son témoignage, qu'il est né en plein génocide. Son père fut assassiné par les miliciens *interahamwe* après avoir violé sa femme déjà enceinte de Tito. Il s'est retrouvé fils unique avec sa maman. À l'âge de 7-8 ans, il a commencé à prendre connaissance des histoires douloureuses en rapport avec le génocide perpétré contre les Tutsi en avril 1994. Il a appris l'existence d'une maladie incurable, le sida, et que lui-même vit avec ce virus depuis sa naissance, et qu'il l'a « *tété dans le sein maternel* ». Depuis lors, Tito développa une haine contre sa mère plus que contre toute autre ennemie. Il refusait la nourriture, il s'isolait, il refusait les médicaments et refusait d'aller à l'école.

Moi-même je ne savais pas ce que je voulais réellement. Je voyais mon avenir bouché, et que le monde est méchant... à commencer par ma mère. Mais le jour où j'ai su ce qui s'est passé, j'ai eu pitié d'elle. Je ne savais quoi faire pour lui demander pardon... Elle m'a tout pardonné. Cependant, la paix n'est pas vite revenue entre moi et maman, parce que même si je ne la haïssais plus, la haine s'est orientée vers le reste du monde. Je n'avais qu'une seule ambition. Celle de faire le service militaire, pour me venger tôt ou tard. Ma maladie de m'isoler se transmet vite chez ma mère. Elle refusait à son tour la nourriture, elle pleurait, et moi je ne savais plus quoi faire. À la maison, c'était seulement le chagrin, les pleurs, les maladies de toute sorte, rien que ça.

La haine envers sa mère et envers tout le monde a duré plusieurs années chez Tito avant de s'estomper. Il a simplement repris le courage de retourner à l'école, parce qu'il voulait faire son service militaire une fois devenu adulte pour se venger de la personne qui avait tué son père. Dans son parcours d'étude, il cachait ses sentiments de haine envers tout le monde et ses désirs de vengeance. Il simulait cette attitude pacifique, cachant ses sentiments de haine, ses désirs de destruction, parce qu'il avait entendu dire que « pour être militaire dans l'armée rwandaise et être détenteur d'un fusil, il fallait être discipliné ». Pendant qu'il était en train de réaménager ses désirs, il a entendu un dialogue entre sa maman et son amie. Plus tard, il décida de se rapprocher de l'amie de sa maman pour lui poser toutes les questions en vue de savoir ce qui s'était réellement passé. Elle lui a parlé de la manière dont on a tué pendant le génocide, avec l'intention d'infecter les femmes et de les laisser en vie pour qu'elles mettent au monde des enfants porteurs du virus. « *Voilà ce qui s'est passé pour ta mère* ». Tito lui posait toutes les questions autour desquelles ses

idées avaient tant tourné pour finalement trouver la vraie réponse et apprendre à compatir avec sa mère et les autres.

Cette procédure se situe dans le cadre des valeurs culturelles du contexte rwandais antérieur à la tragédie. Elle traduit l'apport de l'altérité et l'intérêt de la perspective transgénérationnelle pour que l'élaboration d'un héritage traumatique soit possible (Altounian, 2012).

Avant de relancer d'une façon atténuée les mêmes questions à ses pairs, Tito clarifia :

Ça m'a pris du temps, les soignants d'ici me connaissent tous, mon état de santé les a tous alertés... Ils ont dû venir jusque chez nous pour nous visiter. Ils nous apportaient des médicaments à la maison et la farine pour la bouillie matinale. Si ce n'était pas moi qui étais gravement malade, c'était ma mère ou nous deux en même temps. Moi j'avais abandonné le traitement, et maman était malade de chagrin pour moi, et pour tant de choses que vous-mêmes vous pouvez vous imaginer. Les questions se résument en une seule qui est la suivante : « Si par hasard tu apprends que tu es porteur de cette maladie, qu'est-ce que tu feras ? »... Après un silence réflexif, je lui ai répondu à voix basse : « je saurais que je suis malheureux comme maman ».

Tito se tourna du côté des autres enfants et leur posa la même question. Il en a ajouta une autre avant de les laisser réagir :

Et si vous m'observez sans que je vous dise la vérité, sauriez-vous me dire si je vis avec le virus de cette maladie ou pas ? Je vous le dis moi-même : moi je vis avec ce virus, je connais les conditions dans lesquelles je l'ai eu, je réussis très bien mes cours, je suis dans l'avant-dernière année de l'école secondaire, je ferai l'université et je deviendrai quelqu'un (rires).

Devant ce témoignage, nous ne posons aucune question ; nous sommes là, nous suivons de près, nous gardons en tête la logique de Huberman & Miles (2003) d'être sur le terrain toujours avec un esprit de découverte. C'était donc une façon de laisser venir d'eux-mêmes d'autres points importants que le témoin pouvait nous amener et auxquels nous n'avions pas pensé (Baubet, 1999 ; Moro & Nathan, 1995 ; Devereux, 1972). La méthode adoptée était de rester toujours dans l'attente de ce que la création de chacun des membres pouvait laisser se produire. Nous avons donc laissé les structures beaucoup plus souples afin de voir comment les choses progresseraient dans la voie inductive. C'est d'ailleurs de cette façon que l'un des parents a apprécié le déroulement de la séance et manifesta son souhait que les rencontres entre les enfants-adolescents-jeunes-adultes puissent se poursuivre de la façon dont les mères se rencontraient entre elles régulièrement. L'approche fut hautement appréciée par les pairs. Les propos de certains le prouvèrent : « *Je suis contente de faire la connaissance avec Tito* », « *Moi je souhaiterais avoir son numéro ou celui de sa maman* ». Et la mère de ce dernier de dire : « *Tu peux utiliser mon téléphone autant que tu voudras pour appeler Tito* ». La finesse dans le tri de ce qu'il faut transmettre et dans la façon dont il faut le faire, avec laquelle ce jeune a amorcé son témoignage fut qualifiée par tous les membres du groupe d'héroïque (*ubutwari*).

Le portrait de la grand-mère, la seule image qui représente la première génération, est lisible dans l'histoire du fils et dans celle de la petite-fille – qui n'était pas encore introduite

dans le groupe lors des premières rencontres avec les autres enfants—. Il est aussi fort parlant dans l'espace Entre-nous, surtout pendant la « séance du dehors ». Cette grand-mère avait l'habitude d'être en pleurs pendant chaque séance, mais pour celle dit « du dehors », elle avait pris le courage de nous aider devant l'impasse dans lequel le cadre et le climat d'alors nous avaient enfermés. Elle parlait du temps ténébreux qu'elle avait connu pendant le génocide et de la lumière que l'association AVEGA lui avait apportée. Cependant, ses jours furent « réassombris » lorsqu'elle a pris connaissance de l'infection par le VIH/SIDA de sa petite fille Cyusa. Elle remonta le temps, en soulignant les retentissements de chaque événement sur sa vie psychique. Le premier fut la mort de son mari après qu'il eut été torturé physiquement et psychologiquement. Il a rendu son dernier souffle en assistant aux viols en série de sa femme, enceinte de Tito. « *Son agonie, en même temps que la mienne et celle de nos enfants, retentissent à jamais dans mes oreilles* », souligne-t-elle avec désolation. Toute œuvre mise en place est perçue par elle à double sens. C'est à travers son récit que nous décryptons la différence entre la narrativité de l'enfant et celle de l'adulte autour du génocide et du VIH, ainsi que les mécanismes psychiques mis en jeux. Aucun détail n'est insignifiant :

Nous avons vu des choses et des choses. Ce n'est pas celles d'hier, on pourrait remonter loin, avant, ou même avant de l'avant... Ce qui fait la différence, c'est qu'avant, nous n'avions pas des comptes à rendre. Aujourd'hui, on dirait que nous sommes condamnés à passer le temps qui nous reste à décrire ce qui a assombri les jours de notre vie. Aux touristes soi-disant humanitaires, nous avons à raconter nos histoires ; aux journalistes, il fallait leur dire ce que nous avons vécu. Sauf ici entre nous, on est comme chez nous... Même ceux qui nous amènent à raconter pour de bonnes intentions, qu'ils sachent que ce travail n'est pas facile. Dehors, c'est le Gacaca, à la maison ce sont des questions des enfants... Quand est-ce qu'on trouvera le repos ? ... On doit se dénuder tout le temps et chaque fois que l'occasion se présente, nos jours sont réassombris par le même film. Pour ce qui me concerne, sans aller plus loin dans l'avant, la première fois où j'ai presque regardé dans la tombe (nenze kurunguruka mu mva/ikuzimu), c'était comme si j'étais morte, je ne l'oublierai jamais : sans me soucier de ma grossesse à terme (inda y'invutsi) ; sans me soucier de l'innocence de la fillette de l'autre mère à côté de moi – actuellement nous sommes devenues des amies – ; sans me soucier de la rosée matinale, ils nous ont mis là... sous les yeux de nos maris, qu'ils n'ont pas voulu achever sans les laisser assister à ce qu'ils nous ont fait. (Tristesse, agressivité et en claquant les mains et mettant l'une sur la bouche¹¹⁹). Ni akumiro ! C'est étonnant ! Ils étaient comme des chiens en rage, quel regard... celui des voleurs ! Et c'est bien ça que je devrais raconter dans les Gacaca, aux journalistes du monde entier, aux touristes en actions humanitaires, à mon fils ? Et... et... et... jusqu'où ? Ça, c'est la première fois où mes jours ont été assombris. La deuxième fois fut la prise de connaissance que mon fils Tito est aussi infecté des racines du mal d'alors, ce rongeur (imungu), je vais dire 'notre maladie'. Dès que je l'ai su, je n'ai jamais arrêté de penser que je lui ai transmis la mort que moi aussi j'ai héritée de ces ours sans aucun visage humain. Et voilà que ça arrive même à Cyusa. Sa mère n'en sait rien et je crois qu'elle ne va rien connaître. Je me demande même s'il lui arrive de penser à elle, à son frère ou même à moi en tant que sa mère. »

¹¹⁹ Signe d'étonnement, de désarroi, dans lequel on manque de mots.

La qualité du récit que la grand-mère a partagé avec nous rejoint ce que les Rwandais disent à travers ce proverbe « *ukize inkuba arayiganira* » littéralement, « seul celui qui échappe au coup de foudre peut en parler ». Cela veut dire que pouvoir en parler ne serait possible qu'en cas de succès de la survie, comme nous l'avons démontré dans les dernières pages du chapitre précédent. Celui qui demeure encore dans le choc du « coup de foudre » – pour utiliser cette métaphore comparable au coup traumatique –, ne nous laisse appréhender qu'en partie l'impact du coup. Mais, une fois que l'impact du coup est atténué, c'est là que le sujet peut mettre des mots sur son vécu, avec un esprit critique à propos du moindre détail. Tout au début des séances qui se sont déroulées dans l'espace « mère », la grand-mère ne faisait que nous témoigner de cela, à travers des pleurs. Après coup, son vécu prend une autre signification par le fait qu'elle se décrit autrement, fait la chronologie des événements et s'engage minutieusement à explorer les contours de toute action réparatrice mise en place en sa faveur/défaveur, en y mettant des critiques selon la façon dont elle se les représente. On ne peut que penser à la fonction de l'après-coup, à savoir/ celle de mentaliser la réalité traumatique active au sein de la psyché (Chervet, 2009).

La description que la grand-mère fait de son histoire traduit le fait que « tout souvenir est de nature affective. Le souvenir n'est donc plus seulement souvenir d'un événement, mais le produit de sa falsification par le conflit psychique » (Waintrater, 2003, p. 93). Ainsi, toute action faite à Entre-nous procure à la grand-mère une place chez soi et l'arrache des ténèbres d'alors. Par contre, en dehors de ce cadre, les actions sont décrites comme une sorte de « *tourisme humanitaire* » devant lequel on se voit obligé de témoigner, pour « *tout passant* », dont les « *touristes, journalistes, chercheurs, experts...* ». Les survivants se révoltent quelquefois pour tous ces genres d'interviews. Bénie, un des enfants avec qui nous avons travaillé, nous a fait payer le coût de cette révolte lors de notre toute première séance dans l'espace « enfant » à Remera.

En résumé, les rencontres avec ces trois personnes de trois générations fut fortuite. Nous avons d'abord rencontré la mère dans l'espace « mère » Entre-nous. Au cours de l'évolution de la dynamique de groupe des mères, un besoin d'ouvrir l'espace « enfant » Chez-nous s'est imposé. C'est alors qu'une des mères, connue sous le pseudonyme de maman Tito, proposa que son fils aide les autres par son témoignage. Au cours de notre dernier temps de terrain, nous avons rencontré Cyusa, la petite fille de Maman Tito. En analysant l'histoire de cette famille, nous avons l'impression qu'un grand travail de gestion de leurs souffrances a été réalisé chez eux. D'abord la mère a été en conflit avec son fils Tito qui a décidé d'aller tout seul à la rencontre de son histoire qu'il voulait savoir et que sa mère n'avait pas eu le courage de lui raconter. C'est ainsi qu'il a « espionné » sa mère et son amie au point de prêter l'oreille à leur conversation. Après avoir géré ce conflit avec succès, le fils s'est lié fortement à sa mère avec le désir de faire tout ce qu'il pouvait pour elle. Ainsi il s'est proposé d'aller chercher sa nièce (fille de sa sœur). C'était une façon d'aider sa mère à gérer les conflits familiaux. Et voilà que la petite fille apparaît au dernier temps de terrain. Nous avons eu l'impression que nous n'avons pas été au bout de notre travail, parce que nous n'avons rencontré la petite fille qu'à la toute dernière période de terrain. L'équipe locale a poursuivi le travail ; quant à nous, au point où nous nous sommes

arrêtée, nous avons tiré certaines conclusions liées à la transmission entre générations. Elles seront discutées dans le chapitre qui va suivre.

Au terme de cette étude de cas longitudinale, qui nous est apparue tronquée à cause du manque de temps, nous disons que l'une de nos hypothèses de travail reste non vérifiée, celle du secret qui place Cyusa sous la surprotection de l'oncle et de la grand-mère. Cependant, le projet de l'explorer à fond fut à l'origine des moyens qui nous ont permis de solidifier l'espace « enfant » sur ce site. Bien que nous n'ayons pas terminé les activités de terrain, particulièrement avec les enfants, avec le sentiment de n'avoir pu arriver au bout, nous disons que cet espace nous a fourni des éléments indicateurs du portrait des espaces aménagés et des phénomènes qui s'y produisent, surtout quant au travail autour du devoir et du droit de la transmission qui hante à jamais l'adulte et l'enfant dans l'après-génocide.

4.6. Conclusion

Au bout de ce chapitre qui a mis en évidence le statut de l'enfant dans l'après-génocide, il en résulte un constat phénoménal : l'enfant peut être enfant-adulte, adulte-enfant, mère, père, ou un homme tout simplement et il est lui impossible d'être tout à la fois ni d'avoir un seul statut. Nous avons eu l'impression que certains de ces enfants restent accrochés au centre, « multiâge », « transgenre », « multi-identitaire », pour enfin se retrouver asexué et complètement « privé de l'identité ». Ce profil est complexe et demande un travail psychique énorme à l'adolescent pour se retrouver, se différencier, rester soi et exister. On dirait que les expériences traumatiques ont apporté une maturation précoce chez l'enfant et que les responsabilités qu'il assume en conséquence gommant les souvenirs liés à la vie d'enfance ; c'est la raison pour laquelle presque tous les enfants qui ont connu des expériences traumatiques se définissent comme des *enfants sans enfance*. Cependant cette réalité est uniquement remarquable chez les enfants sans parents ou dont les parents n'ont pas pu assumer leurs responsabilités parentales vis-à-vis de cet enfant pour des raisons multiples. Comme le disaient Uwera Kanyamanza & Brackelaire (2011), ces derniers se battent pour rester debout dans des situations accablantes. Ceux qui vivent en harmonie avec leurs familles biologiques ou ceux qui sont bien traités dans les familles d'accueil gardent le privilège de jouir de leur enfance malgré qu'ils vivent avec le VIH/sida. Leurs questionnements se rangent dans l'ordre de l'instant et du moment, surtout autour du génocide, tandis que le VIH/sida semble classé loin de leurs préoccupations, il s'agit de la maladie de la mère. Et pour ceux qui se battent pour rester debout, pour ceux qui se posent des questions et qui se donnent des réponses eux-mêmes et pour ceux qui sont entourés en famille mais demandent pour que tout se passe comme il faut, il faut un chez soi.

La situation de cette famille qui a fait objet de l'étude longitudinale trigénérationnelle sert d'exemple pour d'autres qui nous plongent vite dans l'étendue démesurée des conséquences du génocide et de la transmission de ses tentacules entre les générations (Uwineza et Brackelaire, 2014 ; Altounian, 1997 ; Godard, 2013 ; Brackelaire, Cornejo, & Kinable, 2013). Si nous affirmons que le génocide est un fait sans fin, comme l'a déjà dit Godard (2013), ce n'est pas une affirmation gratuite. Il a sans doute un début lointain, qui

s'organise méticuleusement pour cheminer vers un aboutissement apocalyptique et dont les conséquences n'ont certainement pas de fin, comme nous l'ont témoigné les cas qui font l'objet de notre recherche, à l'exemple de cette famille en trois générations.

Nos analyses sur cette situation nous poussent à porter un regard transversal sur d'autres situations. La logique qui lie étroitement l'enfant à la mère nous conduit aussi à revoir ce qui ressort de l'espace « enfant », en se référant à ce qui ressort de l'espace « mère ». Un fait reste une évidence : il s'inscrit dans l'ordre de la transmission. La transmission qui se met en évidence ici se structure dans la maladie. Mais, en réalité, elle est complexe, car la maladie en soi n'est pas comme les autres. Paradoxalement, dans ce contexte, il s'agit d'une maladie qui représente l'aboutissement avec succès de la racine du mal, le génocide. Autrement dit, le VIH/sida dans le contexte du génocide n'est pas ici une maladie, mais constitue un traumatisme qui se superpose à l'autre. Dans ce cas, « Le surplus d'excitation psychique » n'est pas facile à liquider (Waintraiter, 2003, p. 68) ; l'infection au VIH/sida est une arme hors du commun, car elle réactive tout le passé et le prolonge jusqu'aux nouvelles générations. Si le survivant ne peut survivre qu'en tant que dissocié de l'expérience mortelle qu'il a traversée, son descendant, lui, ne peut vivre qu'en assumant cet héritage dans son entier ; c'est là tout l'enjeu d'une filiation possible. (Altounian, 2000, p. 46).

Ainsi, la transmission devient fort complexe, d'autant plus qu'elle engage un travail de tri, par rapport à ce qu'il faut transmettre, quand et comment, alors que la nouvelle génération veut tout comprendre et en même temps. Les espaces aménagés s'occupent du temps – déjà scindé en un avant et un après –, de la transmission, de la succession des événements et donc de l'histoire. Au moment où le récit de la mère divise l'histoire en trois temps, avant, pendant et après, chez l'enfant, il n'y a que deux temps, le présent et l'avenir. Le passé n'est fait que de nuages sombres. Pour nous, il n'est pas insignifiant que Lebon (2012, p. 210) évoque différemment le même passé pour l'enfant et pour l'adulte. Quand elle évoque le passé pour l'enfant, Lebon à recours au démonstratif, « CE passé », tandis que pour l'adulte, elle utilise le possessif, « SON passé ». Cette démonstration mise en contraste avec la possession du même passé traduit pour nous le travail qui s'impose dans l'espace de l'Entre-génération, où celui qui possède, qui a vécu, qui garde encore des souvenirs qui sont encore inscrits dans son corps, c'est-à-dire, l'adulte qu'est la mère dans le présent contexte, en éclaire l'enfant, celui qui est dans l'incompréhension, celui qui a seulement entendu parler, ou qui garde des souvenirs vagues, celui qui reste avec la curiosité d'appréhender le passé de sa mère pour le faire sien, afin de pouvoir retracer sa propre histoire. C'est un devoir extrêmement complexe qui exige constamment de la mère de faire le tri de ce qui va faire l'objet de la transmission, de ce qui sera historicisé : « *Que vais-je leur dire ? Que je fus violée, qu'après j'ai eu le sida et je le leur ai transmis ? ... Vais-je m'en sortir ?* »

Bref, le regard transversal de ce qui ressort comme résultats montre que l'Entre-nous et le Chez-nous ouvrent un autre espace Entre-génération qui sert de canal à cette transmission. C'est ce nouvel espace qui justifie qu'il y a des phénomènes qui se produisent entre l'Entre-nous et le Chez-nous.

La partie qui va suivre discutera les hypothèses liées à ces trois espaces réservés au processus de reconstruction psychique, intimement lié à la transmission. La position prise par rapport à ces hypothèses constitue notre thèse. Il s'agit en quelque sorte d'une façon de discuter les résultats qui ressortent de nos deux espaces d'intervention, à savoir l'espace « mère » et l'espace « enfant ».

Chapitre V. De l'hypothèse à la thèse

5.1. Introduction

Le présent chapitre condense les réalités croisées dans les deux espaces aménagés qui constituent le dispositif d'intervention. Il est vrai que chaque situation étudiée renferme plusieurs dimensions du phénomène partagé, à savoir le double destin du génocide et du VIH/sida. Nombreux sont les axes autour desquels on peut émettre des hypothèses. Nous nous attacherons principalement aux espaces de reconstruction psychique dont l'aménagement a été notre première préoccupation. Le phénomène de transmission s'impose comme une priorité entre des personnes qui occupent l'espace Entre-nous, et entre celles qui occupent l'espace Chez-nous. Lors de nos analyses, nous nous sommes appuyée sur ce que nous avons vu, entendu et senti. Dans cette partie, nous allons nous prononcer sur l'hypothèse qui s'est dégagée, à partir de plusieurs autres qui ont fait l'objet d'un travail dans nos espaces d'intervention. Ces hypothèses se résument autour de l'espace Entre-génération qui se dégage à partir des espaces Entre-nous et Chez-nous. Nous allons d'abord voir comment ces deux espaces contribuent à la reconstruction psychique, puis nous reviendrons à l'espace Entre-génération qui s'intercale comme un canal de transmission.

5.2. Les espaces de reconstruction en portrait de famille

- *Avant, on pouvait se rendre chez soi, parler à sa mère, à sa sœur, sinon à la tante. Elles ont toutes été emportées par « le vent Serwakira. » Ce vent qui emporte tout ! Ici, entre nous, c'est comme en famille, j'y ai trouvé des sœurs et un frère, des enfants : garçons et filles. Nous nous réconfortons comme c'était dans le temps.*
- *Moi, j'affirme que le génocide n'a pas seulement consumé les biens et les humains. Il a aussi détruit l'entre nous de ceux qui restent. Disons simplement que les humains sont partis avec l'humanité [...]. Ce n'est qu'à travers ces dialogues, ici entre nous, que peut-être il sera possible de réapprendre qu'il y a encore certains êtres humains qui pourront nous aider à recréer un entre nous où chacun se sent écouté et protégé. [...]. Cela n'est plus une affaire de consanguinité, le fait de se rencontrer ici entre nous va faire de nous des gens de même sang, comme c'était avant.*

Si on porte un regard en arrière sur les phénomènes qui se sont produits dans l'espace « mère » et sur ceux qui ont eu lieu dans l'espace « enfant », même à partir de ces deux extraits que nous reprenons ici, on peut s'en faire une idée. On remarque que ce que le langage psychanalytique connoterait de phénomènes transféro-contre-transférentiels, par lesquels se tissent et se fortifient des liens, serait comparable à cette dynamique de ce qui se passe à la maison où chaque membre dispose d'un espace, propre et commun, où chacun se

sent chez soi. Et nous suggérons la thèse que c'est ce genre de structure que les mères et les enfants proposent comme cadre qui peut permettre leur reconstruction psychique. On dirait qu'en revendiquant ce cadre d'une façon récurrente, ils veulent TOUT restaurer. Mais pour ne pas rester dans cette illusion impossible après un génocide, nous disons plutôt qu'ils acceptent de tout perdre, sauf la famille où la mère a été et reste l'élément moteur. Ainsi, à notre question de départ, « Comment faire pour mieux soulager la souffrance de la personne qui s'adresse à nous ? », la thèse nous a donné l'opportunité d'y répondre et trouve sa réponse maintenant. À la fin de cette thèse, la mère survivante et son enfant qui nous ont accompagnée pour chercher la réponse à cette question nous suggèrent de formuler la réponse comme suit : il faut s'y engager. Et cela suppose un travail processuel de reconstruction et de création, unique et particulier pour chaque personne. Le survivant infecté par le VIH/sida nous suggère de l'approcher dans un lieu qui lui est familier et qu'il connote comme un Entre-nous et un Chez-nous : c'est là où il y a la vie.

Ces deux espaces forment le dispositif de reconstruction psychique de l'adulte et de l'enfant. Qu'en disent les acteurs de terrain, les mères et les enfants qui les ont évoqués voire réclamés d'une façon récurrente ? Qu'en dit l'histoire contextuelle d'ici et d'ailleurs ? Nous-mêmes, qu'en pensons-nous ? Voilà les quatre points qui vont nous guider dans la discussion de ces concepts autour desquels et sur lesquels est axée notre hypothèse qui justifie la structure du dispositif co-construit au format familial. Approchons ces deux espaces qui partent des termes ordinaires dans le langage courant et dont nous faisons des concepts qui s'imposent comme levier essentiel dans la tâche de reconstruction psychique. Signalons d'abord que les termes d'Entre-nous et de Chez-nous sont couramment utilisés dans le langage courant. Pour les placer dans le contexte de cette recherche-action, nous les écrivons avec une lettre majuscule, pour montrer qu'il s'agit d'un nom propre, et avec un trait d'union, signe de lien ou de pont entre-deux.

5.2.1. *Entre-nous, lieu des liens entre adultes*

Dans le langage courant, cette locution adverbiale renvoie à un cercle privé qui ne comporte que ce qui appartient à un groupe. Entre (du latin *inter*) signifie *au milieu*. Entre nous serait ce qui se situe entre moi et toi, entre moi et l'autre avec qui nous partageons l'espace. C'est en quelque sorte ce qui se situe dans un espace partagé, par conséquent, qui concerne le groupe ciblé ayant déjà délimité son propre espace. S'il s'agit de la conversation, on comprend immédiatement la confidentialité. S'il s'agit d'une tâche, on comprend le partage des responsabilités. S'il s'agit d'un lieu, on comprend la délimitation de l'espace, en marquant les frontières de ce qui appartient à un groupe donné dans son espace bien délimité, et ce qui appartient aux autres, hors cet espace. Cela indique aussi que les interactions qui s'y passent font des liens à l'intérieur dudit espace bien délimité. À nos yeux, cette dynamique interactionnelle qui les caractérise n'est qu'une tentative de restauration de la socialité qui était déjà effondrée.

Dans le Rwanda d'« avant » (*u Rwanda rwo hambere*), l'entre nous est comparable à l'espace où se règlent les conflits. C'est en famille que prennent naissance l'essence, le principe de cohérence de toute la société, comme le souligne Byanafashe (1997). Dans cet espace, se réunissaient les mères, les tantes, les oncles, les sœurs et les frères, quand surgissait un conflit. *U Rwanda rwo hambere*, comme on l'appelle dans la langue du Rwanda, est à comprendre dans un sens double. D'une part, la colonisation est prise comme un repère sous-entendu. Ainsi, quand on parle du Rwanda d'avant, il faut se placer avant la trilogie coloniale, qu'incarnent le colonisateur, le missionnaire et le commerçant, qui a fait que les traditions orales cèdent la place à la loi écrite. Dans ce temps, les Rwandais réglaient leurs conflits par des moyens mis en place selon leurs valeurs culturelles. D'autre part, le repère est très récent et fait référence à la période ayant précédé le génocide perpétré contre les Tutsi. Ainsi le repère peut être l'an 1994, le crash de l'avion présidentiel, la guerre, le génocide, etc. Cet entre nous jouait un rôle aussi bien préventif que curatif pour les souffrances psychologiques. Il prend ses assises dans le cercle familial, à l'intérieur d'*urugo* et de la maison (Galabert, 2012). Cela signifie que le cercle familial est considéré et est même le centre de l'existence quotidienne, le lieu où s'échangent des affections profondes et véritables, comme dirait Byanafashe (1997), ou encore le lieu de resocialisation naturelle, pour reprendre le concept opératoire de Bacqué (2003). Sa structure était aménagée de façon qu'il préserve l'intimité des membres de la famille « en la préservant des tumultes ou de la curiosité du voisinage » (Galabert, 2012, p. 163). On comprend par là la faculté protectrice de la dynamique interne de l'Entre-nous qui nous protège contre la dynamique du dehors ; cette dynamique de l'Entre-nous n'est rien d'autre que le tissage de liens. Selon l'ampleur des conflits à régler, cet espace pouvait s'étendre à la communauté environnante.

Cet espace culturel commence à s'effriter dès la colonisation, le droit occidental écrit prenant de plus en plus le pas sur le droit coutumier, qui est exclusivement oral et rituel (Uwineza Brackelaire, 2012). Après l'indépendance du pays, cet espace culturel n'a pas été réhabilité. S'en sont suivies des spirales de la violence en guerres, en épisodes génocidaires qui l'ont davantage ignoré, jusqu'à ce génocide pendant lequel l'entre nous a été complètement anéanti.

Bien que les vrilles de ladite spirale soient nombreuses et datent de longtemps, avec le génocide, s'impose une période d'anomie. L'homme décide de la vie ou de la mort de son semblable : plus de tabous, plus d'interdits. Cela a été une particularité de ce génocide par rapport aux autres épisodes de violences qui l'ont précédé. Les mères de la génération d'alors le maudissent et l'expulsent au loin comme pour signaler qu'il n'y a plus de valeurs, d'outils, de dispositif possible pour tenter la réparation. L'Entre-nous que les mères nous suggèrent comme dispositif qui peut permettre la reconstruction psychique de la personne ravagée, tant dans son environnement que dans son for intérieur, est conçu d'une façon qui dédogmatise certaines choses (Pires, 1997). C'est un lieu où se rassemblent les personnes qui s'engagent pour tenter de remettre les tabous et les interdits à leur place, comme le dit Munyandamutsa (2001), à partir d'elles-mêmes. Cette action suppose une mise en sens des traumatismes vécus, action qui doit se faire dans le collectif, dans le contexte du génocide.

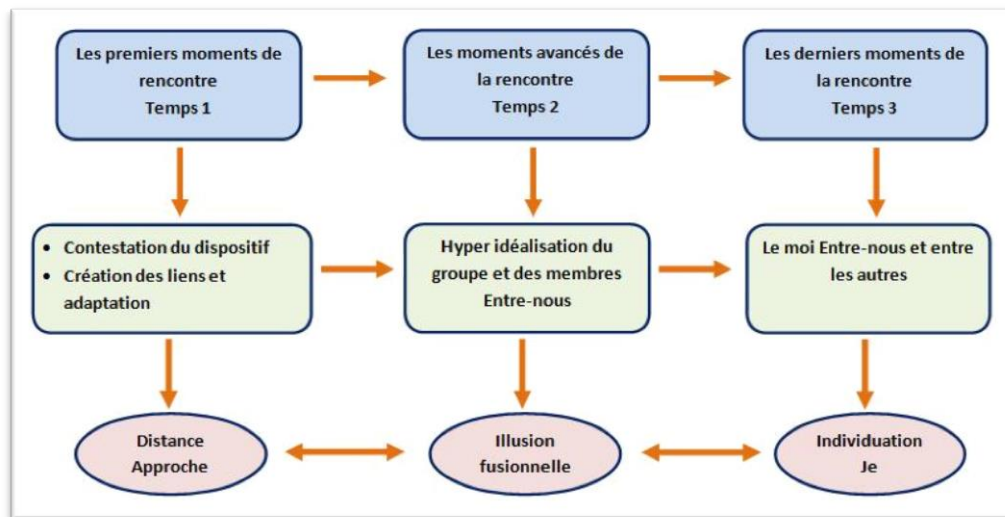
Dans ce cas, dit Todorov (1994, cité par Godard, 2004, p. 10), « l'individu peut se considérer comme un représentant parmi d'autres de l'humanité et consulter sa conscience pour savoir vers quel but il doit se diriger et en fonction de quels critères il peut juger les actes d'autrui ».

L'entre nous prend donc ses assises entre « toi » et « moi ». Il est à la fois large et restreint ; par cette caractéristique, il peut s'élargir pour incorporer aussi l'autre. Il n'est pas seulement déterminé par le fait d'être ensemble. Le temps, la fréquence, le lieu où se tissent les liens en font partie. Cette rencontre fait appel à des sujets ayant un dénominateur commun, souvent sur un fond de ravage. Le besoin d'en parler y trouve toute sa place (Godard, 2004). Ce fond contient les traumatismes subis, engendrés par les violences de l'homme sur l'homme qui ont germé et grimpé en spirale à plusieurs vrilles. Cela explique la raison qui fait que le temps des personnes qui se réunissaient dans l'espace Entre-nous n'est pas le même que celui des autres. À plusieurs reprises, les mères se référaient aux épisodes antérieurs du génocide et ce même génocide était aussi toujours évoqué comme événement encore actuel, installant un passé hyperprésent dans le psychisme de la personne. Un tel contexte n'a cessé de renforcer notre perplexité quant à la transmission, mission principale que la mère doit à l'enfant. L'Entre-nous est un espace institué pour le survivant, soumis au devoir de transmission, mais ne transmettant pas son effondrement psychique. Le travail qui s'y fait tente de remettre un pont où l'on a repéré une rupture des liens : « rupture en eux-mêmes, rupture avec ce qui fut le terreau de leur vie, rupture avec le monde des autres » (Altounian, 2005, p. 42).

L'Entre-nous se présente comme le lieu dans lequel on remonte le temps pour historiciser les événements, et où l'on peut retordre les vrilles de la spirale de la violence et en faire une histoire, se l'approprier pour en fin pouvoir dire : « *Kera habayeho...*, Il était une fois ... », à l'autre génération, surtout celle des enfants qui ne se lassent pas de poser des questions. Tout un travail s'y fait, des phénomènes s'y produisent. C'est cela qui fait que l'Entre-nous ne se limite pas à l'espace géographique qui indique le lieu de rencontre tel que nous l'avons décrit plus haut. Il est aussi cet autre espace subjectif toujours présent, que ce soit pendant la séance groupale ou après. Il est alors le théâtre de la réalité psychique, c'est-à-dire le lieu de liens intersubjectifs entre des sujets singuliers (Kaës, 2010). Cette réalité se construit progressivement à travers les phénomènes transféro-contre transférentiels. On songe à Waintrater (2014, p. 86) quand elle souligne l'importance du contre-transfert comme « l'instrument majeur d'une connaissance empathique de l'univers psychique » des patients.

Dans le contexte de cette recherche, la dynamique de cette construction a d'abord suscité un préalable de confidentialité, de soutien, puis des liens se sont créés entre adultes. Ces liens qui se maintiennent pour permettre la continuité de leur efficacité créatrice sont les caractéristiques les plus nettes de l'Entre-nous. Une autre caractéristique importante, c'est sa capacité d'accueillir la réalité du sujet singulier et contenir toutes les personnes qui s'y rendent, une fois qu'elles se montrent fidèles aux normes qui se sont élaborées d'elles-mêmes avec l'objectif primordial de panser la cruauté subie (Anzieu, 1987 ; 1995 ; Chapelier, 2011 ; Kaës, 2005 ; 2013). Cependant, des frontières peuvent aussi s'établir et

même se durcir pour barrer le chemin de tout élément susceptible de perturber la sérénité qui s'est construite d'elle-même entre les membres du groupe. Ceux-ci en effet se prêtent mutuellement la force de dire : « Je vis » et « Je vivrai. » Avant d'en arriver à cette formule apparemment miraculeuse, permettant de passer de l'anéantissement à la survie, puis à la vie (Mujawayo & Souâd, 2011 ; Roisin, 2010) pour pouvoir dire « JE », il y a un travail qui se fait, où chacun des membres se heurte à plusieurs choses constituées par la réalité psychique de l'autre, le groupe et les liens intersubjectifs. Autrement dit, il faut un travail autour des enjeux et « des processus par lesquels l'inconscient produit ses effets, tels que les pulsions, les fantasmes, les représentations inconscientes, le rêve, le symptôme, les complexes de la vie... » (Kaës, 2010, p. 17). Ce sont ces éléments que nous avons travaillés dans une dynamique que l'on peut représenter comme suit :



Dynamique du groupe et étape de la reconstruction psychique

Pour clore avec ce lieu des liens entre les adultes, signalons que dans le vocabulaire de la mère rwandaise, l'Entre-nous, est un appel à l'autre, pour se tirer de la solitude et favoriser la solidarité. L'Entre-nous permet à l'enfant que la mère était et qu'elle est redevenue ou qu'elle redevient de temps en temps suite au génocide et à ses conséquences de ré-émerger encore et reprendre ses responsabilités. L'Entre-nous est donc le lieu où l'on peut mobiliser l'enfance pour occuper le chez soi (Brackelaire, 1995 ; Quentel, 2008).

5.2.2. Chez-nous, lieu des liens entre adultes et enfants

Avant de dire quoi que ça soit sur le sens que détient cet espace Chez-nous, dans le contexte de la mère et de l'enfant qui l'ont créé, il nous incombe de préciser d'abord le sens de ceux qui l'habitent. Enfant, adolescent, adulte, mère, homme. Quelle hétérogénéité qui

se façonne en une homogénéité étonnante ! Enfant, adolescent, jeune adulte, parent, responsable, se résument en un seul terme « Enfant ». Les situations décrites plus haut soulignent clairement cette composante essentielle de ce qu'est l'enfant dans le système que le génocide a complètement changé. Les termes d'enfant, de parent, de famille, etc., si larges soient-ils, ne représentent pas une réalité universelle (Quentel, 2004).

La tradition culturelle rwandaise réserve pour l'enfant un espace entre moi et toi, entre nous, entre générations. C'est un espace qui confère à toute personne adulte le droit et le devoir de considérer tout enfant comme son propre enfant. La parenté sociale ainsi conçue fait partie du legs des ancêtres qui se transmet. Si elle était souvent consécutive à un pacte de sang entre des familles, il pouvait aussi s'agir d'un simple contrat verbal à caractère incantatoire renforçant l'amitié, voire d'une pratique sociale bien ancrée dans la tradition culturelle. Ce pacte conduisait à un statut de parentalité légitime, quoiqu'à titre honorifique, même sans papiers certifiés par les lois modernes. C'est ainsi que des discours comme celui-ci sont parfois entendus :

Vous, enfants de tel, séchez vos larmes, ne vous isolez jamais, jamais ! Et jamais encore, ne tournez de regard inquiet à gauche ni à droite. J'ai bien gardé dans ma mémoire ce qu'a été votre grand-père, le père de votre père, pour mes parents.

Nous avons l'impression que c'est cette parenté sociale qui caractérise la mère par rapport à l'enfant telle que nous la trouvons à travers les résultats qui ressortent des espaces Entre-nous et Chez-nous : ces espaces à géométrie variable à l'œuvre au cœur du groupe familial et regroupant non seulement les membres de la famille restreinte, mais aussi ceux des familles élargies lointaines, fortement liées par des valeurs morales partagées, ainsi que des voisins, des proches, appartenant à plusieurs générations ainsi mobilisées dans leurs relations. Le nœud n'était rien d'autre que la loyauté, la dignité et la responsabilité de chacun des membres pour le bien de soi, de son proche et de l'autre du dehors, même inconnu et étranger, et c'est cette ambiance qui entourait l'enfant. *Ubupfura* (la dignité) et *ubunyangamugayo* (l'intégrité) constituaient une muraille qui entourait ces deux espaces traditionnels, entre nous et chez nous (Kagame, 1951 ; Bigirumwami, 2004 ; Lebon, 2013). Naasson Munyandamutsa conçoit l'un de ces espaces, l'entre nous, comme un lieu où en principe aucun « enfant » ne devrait mourir (Kahamaile, Olivet, & Strobel, 2011, p. 59). Tout parent était effectivement parent de tout enfant, à qui l'on transmet les bonnes valeurs et que d'abord on ne laisse pas mourir de faim ou manquer de quoi que ce soit. Il ne fallait pas attendre une demande de sa part : le constater suffisait. Voilà pourquoi les mères dans l'espace Entre-nous n'ont pas hésité à poser la demande pour leurs enfants et les enfants des autres pour enfin faire émerger l'espace Chez-nous.

Ce qui est fort intéressant et étonnant, c'est l'homogénéisation des âges qui gomme les limites entre l'enfant, l'adolescent, les jeunes adultes. Pourtant, ces limites existent depuis la conception du fœtus jusqu'à l'âge sénile. Comme le souligne Quentel (1997, 2004), la réalité qui entoure la notion de l'enfant et d'adolescent n'est pas universelle. Certaines cultures se focalisent sur la question de l'âge auquel elles associent les capacités intellectuelles. Il y en a qui pensent qu'il faut considérer aussi les changements physiologiques pour mettre des frontières entre l'enfance et l'adolescence. À ce sujet, la

période pubertaire est soulignée par plusieurs chercheurs comme l'indicateur qui marque la limite entre l'enfance et l'adolescence.

Au Rwanda, les frontières entre les étapes du développement ne sont pas statiques ni perçues en fonction de l'âge. À bas âge, la mobilité est l'un des indicateurs qui pose les frontières entre les étapes du développement. À partir d'un certain âge, c'est la question de la responsabilité qui détermine ce que l'on est. Pour mieux se faire une grille de lecture de cette conception d'enfant sans enfance, voici les étapes du développement de l'être humain au Rwanda. Nous les relatons à partir du début de l'existence, dès la vie intra-utérine.

Vie intra utérine

- (a) *Inda* (ventre) :
Dès la fécondation des deux patrimoines génétiques, c'est déjà la vie (œuf).
- (b) *Inda yonka* (ventre qui tête) :
En fonction de l'avancement de la grossesse, le fœtus prend forme et se met en mouvement. Dans ce cas, on dit que le ventre tête (fœtus). Le cœur qui bat, c'est bien le signe de la bonne santé du fœtus dans le milieu protecteur, l'utérus de sa mère, et ainsi le tam-tam de la vie continue à retentir.
- (c) *Inda y'imvutsi* (grossesse à terme)

Toutes ces étapes sont entourées de représentations, aussi bien chez la mère que chez le père et dans la famille. Outre ce développement dans la vie intra-utérine dans le langage local, nous retraçons aussi les étapes du développement après la naissance, partant des travaux antérieurs d'Uwera Kanyamanza (2012). Nous relatons les commentaires de ce qui se dit aux différentes étapes de développement.

L'enfance (de 0 à 11ans)

- (a) *Uruhinja* : Le nouveau-né est nommé *uruhinja* (bébé). Vers 4 mois, le bébé commence à sourire, il ne craint rien et est consolé par tout le monde. Cela annonce une autre étape de l'enfance.
- (b) *Igisekeramwanzi* : C'est-à-dire, l'enfant qui sourit même à l'ennemi. Cette appellation traduit l'innocence infantile dans cette phase où il vit sans besoins, car ces derniers sont assouvis avant d'être ressentis.
- (c) *Igitambambuga* : qui marche à quatre pattes dans la cour. Cette phase couvre la période où l'enfant est en quête de son autonomie pour la marche bipède. Il est instable dans les mains de l'adulte, il veut absolument aller par terre pour courir à gauche à droite dans la cour de la maison. Il n'est plus question de rester sans parler (*infans*) ni inapte (*iners*). Cependant, il reste pendant plusieurs années *invitus*, car toujours quelqu'un d'autre décide pour lui (Quentel, 1997)
- (d) *Incuke* : Enfant sevré. Une année s'est déjà écoulée. Pour les familles qui attachent une grande importance aux nombres d'enfants, c'est le moment d'en avoir un autre. L'enfant sevré est à ce moment est âgé approximativement de 2-3ans. Sa socialité s'ouvre dès lors à la fratrie et aux autres enfants de son quartier. C'est une autre étape qui s'annonce.
- (e) *Umwana ukurikira abandi* : Enfant qui suit les autres. La responsabilité d'éduquer n'est plus à la mère et à la famille nucléaire seulement. Les pairs, les aînés et les parents du quartier ont un regard sur l'enfant de l'autre. Actuellement, les choses

commencent à changer à cause de la modernité qui veut que tous les enfants aillent à l'école et que les parents travaillent durement.

L'enfant grandit dès lors en observant l'éducation des parents, mais aussi en imitant les pairs dans son environnement. Progressivement, il devient capable de faire les tâches de la maison pour lesquelles il est d'ailleurs éduqué. S'il est encore trop tôt pour garder les vaches, il peut garder les veaux et suivre les autres pour telle ou telle autre tâche, même décidée par les enfants de son âge ou par ceux plus âgés que lui dans son quartier. Cette hétérogénéité était formative quant à l'éducation de l'enfant par rapport à l'autonomie et surtout par rapport à l'éducation sexuelle. L'appellation même « suivre les autres : *gukurikira abandi* » ne signifie pas seulement aller où ils vont. Cela invitait l'enfant à aller et voir pour faire un tri dans ce qu'il va s'approprier et se désapproprier de ce qu'il a appris des autres et de ses parents pour enfin être soi. L'intériorisation d'une telle structure est peut-être ce qui a incité les mères à trouver réponse quant au cadre du groupe d'enfants dont l'organisation avait été difficile. Face à la question de l'hétérogénéité, les mères ont proposé spontanément que tous les enfants viennent en même temps de sorte que les plus âgés s'occupent des plus jeunes.

Dans le Rwanda traditionnel, l'enfant suivait les autres, pour apprendre auprès d'eux. Cela se faisait progressivement, avec sans doute des tâches à remplir pour soi et pour la famille, jusqu'à ce qu'il soit bien formé à assumer la responsabilité des tâches quotidiennes. Par exemple, l'enfant qui suit les autres va cette fois-ci les suivre pour chercher du bois de chauffage, pour garder les veaux ou les vaches. Que font les enfants d'âges différents dans la forêt pendant qu'ils sont partis chercher du bois de chauffage ? Que font-ils dans le troupeau de vaches ou à la source pour puiser de l'eau ? Plein de choses que les parents ne savent pas. Ainsi l'enfance commence à s'éteindre petit à petit. C'est ainsi que l'on peut dire que l'enfant en arrive à l'« âge de la différenciation du bien et du mal (*Imyaka yo gutandukanya ikibi n'icyiza*), à presque 6-8 ans, période que l'on peut comparer avec le début de la scolarité au Rwanda d'avant l'instauration des écoles maternelles. Cette étape de latence, si on se réfère au développement sexuel, on dirait que l'enfant, sur le plan cognitif, en arrive à l'âge d'acquérir la raison (*guca ubwenge*) comme nous l'avons expliqué antérieurement (Uwineza & Brackelaire, 2014, p. 151). L'enfant peut non seulement suivre les autres pour apprendre avec obéissance, mais il commence aussi à apprendre et comprendre les choses le concernant avec questionnement, par rapport à son histoire, à celle de ses parents. Et bientôt son esprit se tournera vers son corps qui aussi commence à manifester des changements physiques et physiologiques. C'est donc bientôt la mort définitive de l'enfance (Quentel, 1992, 1997 ; Renders, 1992) et la naissance d'une autre étape avec d'autres responsabilités et préoccupations, des troubles et des crises, des révoltes et des changements étranges sur tous les plans, que l'on peut comparer au moment adolescent (Masson, 2004).

Pour les étapes de l'enfance que nous venons de détailler, il n'y a pas de différence par rapport à l'appellation que l'on donne à la fille ou au garçon. Mais l'éducation par les parents et par toute cette chaîne d'éducateurs et de formateurs en dehors de la famille ne manque pas de souligner ce qui convient aux filles et non aux garçons. Toute cette

intériorisation du travail dans l'hétérogénéité des âges peut expliquer la réussite d'une construction qui s'est faite avec succès dans nos groupes de soutien, respectivement celui des mères et celui des enfants. C'est maintenant le moment d'amorcer une autre étape qui suit la perte de l'enfance.

La puberté et l'adolescence (de 12 à 20ans)

- (a) *Ingimbi* : Se dit pour l'enfant-garçon (*Umuhungu*). Cette appellation vient du verbe *Kugimbuka*, c'est-à-dire se développer. Le développement dont il est question est aussi bien physique que physiologique et va distinguer morphologiquement le garçon de la fille.
- (b) *Umwangavu* : L'enfant-fille (*umukobwa*) – destinée à être dotée pour enfin se diriger vers la vie de mère – est appelée ainsi pour souligner toutes les responsabilités liées à sa propre propreté et aux soins qui préparent ce qu'elle va devenir.

Sans toutefois relater toutes les modifications physiques chez les filles et les garçons et les responsabilités qui vont conjointement avec toutes ces modifications, les Rwandais y déposent simplement ce dicton : « *Ahavuye ubwana haza ubwanwa* », « Là où était l'enfance pousse la barbe ». Nous l'avons expliqué dans nos analyses relatives à Nadège pour souligner le passage de l'enfance et l'instauration des nouvelles responsabilités. Garçons et filles de cette tranche sont appelés généralement *urubyiruko* (les jeunes).

Dans le Rwanda post-génocide, l'enfant est-il mis au centre de toute conversation par les mères survivantes pour se réaffirmer dans leur responsabilité qui justifie leur vivacité ? Nous en avons l'impression. Et les enfants, qui se décrivent comme enfants sans enfance, n'est-ce pas aussi une façon de souligner qu'en principe l'enfance serait un moment pendant lequel on se permet d'être irresponsable et de profiter que l'autre décide à sa place ? Oui, nous le voyons à travers les résultats, ils préfèrent eux ne pas quitter cette belle période, mais, en même temps, les responsabilités qui les attendent ne leur permettent pas de jouir de cette aisance que mérite l'enfant.

Les jeunes continuent à se développer toujours vers le but qu'ont tant souhaité les ancêtres : qu'ils deviennent parents et grand-parents. L'étape qui s'annonce alors est une étape de majorité civile où l'on peut légalement fonder son propre foyer. Le jeune est âgé alors de 21 ans. Ce repère est très récent : il fut un temps où l'on fondait un foyer très précocement.

Jeune-adulte

- (a) *Inkumi /Umusore* : Jeune fille /garçon de 21-35 ans. C'est à cet âge que l'on peut se marier. Ce n'est pas bien vu par l'entourage de dépasser cet âge sans se marier. Si c'est encore le cas et que le jeune loge encore dans la maison de ses parents, il est appelé péjorativement *ingaramakirambi* : qui dort à l'entrée de la maison, car il n'y plus de place chez ses parents. Il ne peut plus dormir quand il le veut, ni se réveiller à l'heure souhaitée. Car là où il dort (*mu kirambi*) c'est un espace réservé à d'autres choses. C'est une façon de lui dire qu'il n'est plus désiré dans la maison de ses parents, qu'il lui faut absolument un chez soi. Avant même que Letty en arrive là,

sa mère lui a concocté un mariage, principalement pour garder ses petits-enfants. Mais remarquer combien Letty a souffert de ne plus sentir en paix, ni chez soi, ni chez eux.

Adulte

- (a) *Umugore/Umugabo* : Femme/Homme : ≤ 40 ans. On est appelé déjà femme/homme une fois que l'on est marié(e) ou que l'on vit en couple. Les âges indiqués ne sont que des approximations; à notre connaissance, il n'y a pas de travaux qui les ont déterminés. Chaque écrivain qui réfléchit à cette question part de sources orales et en fait usage à sa manière. Depuis l'étape précédente jusqu'à une quarantaine d'années, c'est l'âge d'être responsable, d'être plus actif et dynamique dans tout ce qu'on réalise.
- (b) *Ijigija / Igikwerere* : À plus de 40 ans, vers les 50 ans, la femme (*ijigija*) est déjà grand-mère tout comme l'homme (*igikwerere*) l'est. Il se contente de ses enfants et ses petits-enfants. S'ensuit la dernière phase qui précède la fin de la vie sur terre.

Dans nos groupes de soutien, cette hétérogénéité qui fonctionne dans une dynamique de complémentarité nous paraît en quelque sorte une façon de restructurer le portrait familial avec une mise en scène symbolique de ses membres. Dans cette mise en scène semblent s'affirmer de nouveaux rapports étonnants, tant de filiation que d'affiliation. La structure parentale est bien là, constituée presque par la seule image maternelle, le père étant presque inexistant. La fratrie recrée semble fonctionnelle en mettant en jeu d'autres rapports environnementaux et des interactions avec le milieu ainsi qu'avec la société plus élargie où peut se travailler la question du familier et de l'étranger. Dans les dispositifs Entre-nous et Chez-nous, nous déchiffrons simplement l'ébauche de la recreation de la socialité, pour enfin que les participants puissent se procurer la force nécessaire qui leur permettra de mener à bien la vie dans la société.

Age sénile

- (a) *Umukecuru/umusaza* : Vieille/Vieux. Approximativement, on situe la vieillesse entre 50 et 65 ans et plus. Aucun enfant ne vit plus à la maison. La progéniture et tout la descendance continuent à s'occuper des grands-parents pour les accompagner en paix durant toute cette étape de la vie sur terre.
- (b) *Urukambwe* : Au-delà de 70 ans, la personne revient aux habitudes de l'enfance, surtout au sujet de la dépendance. *Urukambwe* signifie la personne la plus vieille, mais se dit uniquement pour la personne de sexe masculin. Pour celle de sexe féminin, elle est toujours appelée *umukecuru* (veille).

Une telle conception de ce qu'est l'enfant, face à l'adulte et au parent, explique les enjeux interactionnels entre le sujet-enfant, et le sujet-mère dans nos groupes de soutien. Comme nous l'avons évoqué plus haut dans l'espace « enfant » autour du cas de Letty, il n'y a pas d'être humain complètement adulte (Ferenczi, 2006). On a été, on est et on devient enfant, cet aspect de la personne qui ne s'éteint jamais et sur lequel la psychanalyse se focalise a pris une grande place au Rwanda dans l'après-génocide. Et comme le dit un adage rwandais : « *Ntawanga kuba umwana abura ubimwita* », c'est-à-dire « Personne ne refuse jamais le titre d'enfant, ce qui lui manque, c'est de trouver quelqu'un qui le nomme ainsi. » Les Rwandais diraient aussi qu'aucun enfant ne manquera de parents s'il est un bon

enfant, et qu'aucun parent ne manquera d'enfant s'il est un parent digne de ce nom. « Ces adages soulignent uniment les droits de l'enfant et les devoirs de l'adulte à son égard », comme nous l'avions déjà indiqué (Uwineza & Brackelaire, 2014, p. 158).

Au Rwanda, cette réalité tend à se généraliser. Certaines personnes, surtout les adolescents ou les jeunes adultes, sont reconnus par cette appellation d'enfant, qu'importe la tranche d'âge : enfants, adolescents, jeunes, il y a des jeunes qui sont déjà parents biologiquement et/ou par une circonstance que l'après-génocide leur a imposé. Il s'agit d'une réalité qui tend à engendrer une nouvelle forme d'organisation sociétale. La dénomination est due à différents facteurs. Les responsabilités que l'un ou l'autre assument dans sa fratrie (Uwera Kanyamanza & Brackelaire, 2011), la position qu'il occupe sous les yeux de la personne qui le nomme ainsi. Il y a même une structure de fonctionnement qui tend à prendre comme référence l'année historique 1994 qui marque l'éclatement du génocide. C'est bien perceptible dans la narration de l'histoire des patients, même dans le langage familier des gens qui causent entre eux. Comme nous l'avions déjà évoqué, le temps est arbitrairement scindé en trois périodes, à savoir l'avant, le pendant, et l'après, la référence étant toujours un des événements patents de 1994, comme la guerre, le génocide, le crash de l'avion. Vous entendrez par exemple ceux qui nomment la personne par rapport à son âge d'alors. Ce n'est donc pas seulement un enfant (*umwana*), c'est aussi un petit enfant (*akana*) parce que le sujet évoqué était encore petit à l'époque ou encore parce qu'on parle ainsi en se mettant dans un état empathique par rapport aux pertes humaines et aux rares survivants dans telle ou telle autre famille. Comme le précise Quentel (2004), cela répond à une construction sociale qui s'élabore progressivement et prend forme et fonctionne ainsi.

Parmi les situations que nous avons étudiées plus haut, Nadège paraît être l'enfant du groupe des mères même si elle-même est déjà mère de deux enfants. C'est la même chose pour Grathia et Letty. Elles sont toutes nommées enfants. Dans l'espace « enfant », Eunice n'a même pas eu le temps de se sentir enfant, car l'après génocide lui a imposé la responsabilité d'être parent de sa fratrie. Et voilà qu'elle voulut affirmer cette identité de parent en mettant au monde son propre enfant.

Au regard des résultats qui ressortent de ces deux espaces, on dirait que les usages rwandais, transmis par les ancêtres et renouvelés de génération en génération évoquaient l'enfant sans nécessairement songer à l'âge. La position d'enfant reste celle de toute personne qui n'a pas encore acquis son autonomie, notamment économique, et nécessite d'être assisté, vivant « en rodage », sous la tutelle de ses parents ou de ceux qui en prennent le rôle. Et l'enfance y désigne, là également, une dimension qui ne meurt pas dans l'humain et avec laquelle chacun a à traiter, en soi et envers autrui, pour transmuier le cours de la vie en une histoire en cours (Brackelaire, 1995 ; Quentel, 1992 ; 1989 ; 2004 ; Masson, 2004, Renders, 1991).

Ces résultats montrent comment cette dimension de la personne qui ne meurt pas se relance. Ils clarifient comment, dans le cadre de l'histoire dévastée par génocide, la responsabilité se noue obligatoirement à cet aspect qui ne meurt pas pour restaurer l'adulte.

On peut dire qu'après le renversement de toutes les lois et normes, après la suppression de toutes les références fondatrices, la société rwandaise essaie de se ressaisir en dessinant d'autres moyens renouvelant les modèles culturels hérités. C'est l'exemple de ce qu'ont fait toutes ces mères avec qui nous avons travaillé, ce qu'ont fait celles de l'association AVEGA, évoquées à plusieurs reprises dans les propos des parents et enfants, pour leurs enfants et ceux de tout le monde, de personne, de partout et de nulle part (Uwineza & Brackelaire, 2014). À titre d'exemple, on dirait que la jeune femme « adolescente » qui a recueilli et protégé le bébé Peace avait bien intériorisé cet ordre culturel originaire au point d'endosser les responsabilités de « parent » au milieu de la guerre et du génocide. La mère qui travaillait au sein de l'association AVEGA à l'époque, qui a pris soin d'effectuer les visites à domicile chez Eunice en apportant « le paquet complet des soins » pour Eunice, pour son frère et pour ses sœurs, avait pu sauvegarder ces valeurs culturelles qu'elle a su combiner avec le cadre médico-psychosocial. C'est ce qu'ont fait les parents qui ont bien accueilli Shema, la tante de Charité, et bien d'autres.

(...). Une des mamans d'ici à l'AVEGA est venue jusque-là où je vivais avec mes sœurs. Mon frère, lui, il rentrait à la maison à volonté !... Cette maman... (Devient pensive pour trier dans sa mémoire le nom exact parmi tant d'autres mères qui l'ont assistée ; enfin elle cita son nom) ... elle ne m'a pas fait tester seulement, elle a aussi fait tout pour nous tirer dans la maisonnette qui laissait passer de l'eau pendant la pluie et le vent toute la nuit... Elle nous a trouvé une maison dans le nouveau village des maisons achevées pour les survivants vulnérables (Eunice).

Chez nous on est bien, je ne savais même pas que ce n'est pas chez nous. ... Moi je vis chez tonton (oncle), je me réjouis avec tout le monde en famille. J'ai commencé à me poser les questions sur mes vrais parents quand, en passant du chemin vers la source pour puiser de l'eau, les gens disaient. « Oh, voici le fils de telle. Il a grandi on ne peut même pas penser qu'il a le sida ». Finalement on m'a tout dit : que mes parents sont morts du sida quand j'étais bébé, et que c'est la femme de mon oncle qui m'a élevé comme son propre enfant ... mais ça ne m'a pas traumatisé, car tout le monde m'aime beaucoup ! (Shema).

Charité est comme ma fille. Elle est d'ailleurs ma fille. Je ne peux jamais penser qu'elle est une nièce. Je vois en elle toute ma famille, je la vois après ses études, je la vois quand elle sera aussi mère des autres enfants, en fête, je me dis qu'elle ne mourra plus si elle n'est pas morte le jour où les parents me l'ont laissée étant bébé, si elle n'est pas morte quand elle a été gravement malade sans savoir de quoi elle souffrait, ce n'est pas maintenant qu'elle va mourir. (...) Mais je dois trouver le nécessaire pour elle, et Dieu m'aide beaucoup, sur ça on ne manque de rien. ... Tu l'as vu toi-même que c'est une fille entreprenante, elle aime les études ... sauf que la maladie... (Tante de Charité en entrevue individuelle).

Revenant sur la responsabilité, on dirait que les parents de Peace, en la déposant sur un chemin, espéraient peut-être que la structure de l'entre nous traditionnelle rwandaise, de l'entre générations continuerait miraculeusement à prendre pitié et soin de ceux qui ne méritent pas la mort : les enfants. Dans cette recherche-action, ceux-ci arrivent presque tous au « moment adolescent » (Masson, 2004). Une telle structure s'intercale pour permettre

aux sujets de négocier ce passage, de renouer les temps de leur histoire en cours. Ce qui se met en évidence par là n'est rien d'autre que le processus de passage à la vie personnelle et sociale qui, dans l'après-génocide, s'opère sous des formes nouvelles. Il s'agit de formes de passage à inventer et à renouveler.

On sait que ce passage obligatoire se reconnaît aux multiples forces ambiantes qui se théâtralissent dans le corps de l'adolescent contre sa volonté. Il s'agit en effet d'un « point charnière où se manifestent les moments de forces tant de ce qui précède que de ce qui coexiste et de ce qui tire vers l'avenir » (Masson, 2004, p. 105). Dans le contexte de cette recherche-action, s'ajoutent à ce tableau général les secrets pesants, les incompréhensions, le malaise total lié à ce qui s'est passé. Ce que les résultats de cette recherche prouvent à l'unanimité sur ce passage, non universel selon Quentel (2004), nous place tout près de la réalité vécue par la jeunesse aujourd'hui au Rwanda.

Comme nous le voyons à travers les différentes situations décrites particulièrement dans le quatrième chapitre, dans le Rwanda post-génocide il est difficile de trouver l'appellation appropriée pour le sujet encore jeune. La raison n'est autre qu'une réalité de non-sens que le génocide a laissée dans le pays. Ainsi y trouvons-nous, par exemple, des jeunes qui sont déjà parents, biologiquement et/ou par circonstance. Les cas d'Annette, d'Eunice, de Bénie, de Nélice le justifient. Il y a même ceux qui sont devenus « les parents de leurs parents », comme Aimé et Didier et quelquefois Tito, de par les responsabilités que l'après-génocide leur a assignées. Nous voulons attirer l'attention sur cette réalité qui tend à engendrer une nouvelle forme d'organisation sociale. La dénomination que l'on y adopte, pour parler des jeunes, tiendra à différents facteurs, en fonction des responsabilités que l'un ou l'autre assume dans sa fratrie ou dans son environnement et de la position qu'il occupe par rapport à la personne qui le nomme ainsi.

Les événements traumatiques liés non seulement au génocide mais aussi à la guerre et aux autres formes de violence ont joué un rôle majeur dans une telle situation. Pour certains, le temps s'est arrêté là, comme dit Métraux (2004), ou encore, le seul temps qui soit pris en considération est celui de la tragédie, pour paraphraser Green (1990). Comme en témoigne le travail effectué autour des situations décrites tout au long de notre recherche-action, remettre le temps en mouvement n'est pas toujours aisé par rapport à la « successivité » et « la séquentialité » (Green, 1990, p. 195). Cela peut exiger du sujet des forces psychiques, des points de repère et des piliers solides dont il ne dispose pas.

Pour poursuivre l'argumentation de nos hypothèses, soulignons qu'au Rwanda post génocide les notions d'enfant, adolescent, jeune adulte, parent, de famille... méritent d'être revues. En fait cette structure qui se remet en place dans l'après-génocide a toujours existé. Elle a été simplement engloutie dans le génocide, mais perdue dans la tradition orale. Seuls Alexis Bigirumwami, Alexis Kagame avaient entrepris sa mise en écriture. Pour ce qui nous concerne, nous n'avons étudié ces concepts que partiellement en nous attelant surtout à la transmission. Cependant, en raison de son étendue et de la complexité d'autres thèmes qui en émergent, notre souci de marier le pôle recherche et le pôle intervention ne nous a pas permis d'interroger ces notions dans toutes leurs dimensions. Nous pensons que ce

pourrait être une de nos préoccupations ultérieures et nous souhaitons qu'elle tente aussi d'autres jeunes chercheurs. Les explications émises sur ces paradoxes autour de l'enfant nous permettent de comprendre maintenant à quoi renvoie l'espace Chez-nous par rapport à l'espace Entre-nous. Chez-nous constitue l'espace d'échange entre adultes et enfants.

« Chez » vient du latin *casa*, signifiant « maison ». Chez-nous, c'est chez moi, c'est aussi chez toi, et chez lui/elle. Et chacun se sent chez soi. En Kinyarwanda, chez nous se dit *Iwacu*. Le préfixe (*i*) indique le lieu, le radical (*wacu*) renvoie à l'appartenance, la propriété privée, mais partagée, la demeure. Ainsi, le contexte qui régit ce terme impose une vision beaucoup plus large qui va au-delà du lieu, mais qui implique aussi le processus interactionnel entre moi et l'autre. Au Rwanda, la salutation est suivie de la quête des nouvelles de tous ceux qui occupent cet espace partagé : la maison. « *Iwanyu ni amahoro ? La paix règne-t-elle chez vous ?* » Ici, la maison est à considérer à la fois dans son unicité et dans sa complexité (Galabert, 2012). Quand les enfants ou les mères évoquaient cette notion, c'était comme une demande de leur octroyer un espace où ils se rencontrent comme si c'était leur maison. Être chez soi veut dire être naturel, rester soi, avec les siens. Cela implique la dialectique du dedans et du dehors, en ce sens qu'elle souligne la délimitation de l'espace en termes d'intériorité et d'extériorité (Anzieu, 1995). Qu'importe le lieu, pourvu que ce soit un espace délimité, et bien protégé, qui permet à chacun de se sentir chez soi et d'agir comme étant chez soi. Chez-nous est donc à comprendre comme un espace partagé : c'est chez moi, chez toi, chez elle/lui, c'est à nous tous. La perte du chez soi est un déracinement qui impose à la personne de rester dehors dans l'errance. Le Chez-nous, dans le vocabulaire de l'enfant rwandais, fait référence à un certain nombre de valeurs : l'état naturel, l'ambiance, la stabilité, la sécurité, la demeure, la vérité, l'appartenance, la filiation et l'affiliation, etc., ces valeurs étant une construction qui se transmet entre générations.

Le Chez-nous ne s'écarte pas de l'Entre-nous. Les deux renvoient « aux phénomènes de groupe, irréductibles aux phénomènes individuels des membres qui le composent » (Kaës, 2013, p. 37) Si nous les voyons dans la logique anthropologique de la culture dans laquelle ils sont évoqués, ils sont à comprendre comme une maison où s'abritent les personnes d'une même famille. L'existence des phénomènes interactionnels entre ces personnes de générations différentes n'est plus à rappeler ; il faut simplement ajouter que, c'est le lieu qui permet de rester naturel. Tel est le dispositif conçu, composé de deux espaces. Nous avons décelé un double rôle pour notre dispositif. Premièrement, il y a la dimension stratégique d'intervention auprès de la personne victime de traumatismes extrêmes ; deuxièmement, il s'agit d'un cadre contenant pour le recueil des données auprès d'une telle population. Avant d'articuler ce double rôle, il est raisonnable d'aborder l'espace Entre-génération, canal de transmission qui en résulte. Particulièrement l'étude de cas trigénérationnelle que nous avons analysée nous servira de flambeau, mais nous nous servirons aussi de quelques autres situations abordées dans les espaces « mère » et « enfant ». Nous reviendrons aussi sur le cas de Peace (Uwineza & Brackelaire, 2014) que nous avons jugé bon de distinguer des autres à cause de ses particularités.

5.2.3. *Entre-génération*

Les situations décrites tout au long de cette recherche-action, à l'exemple de cette étude de cas longitudinale qui précède, nous poussent à approfondir la problématique de la transmission de l'horreur d'une génération à une autre. Elles mettent en évidence et illustrent en elles-mêmes les rapports entre les générations. Elles témoignent de quelques conditions nécessaires et de certains processus constitutifs d'une transmission transgénérationnelle des événements traumatiques. Cette transmission ne désigne pas seulement le contenu de ce qui se transmet ou passe par delà et à travers les générations. Elle désigne aussi le principe et le processus même de création et recreation du rapport entre les générations et donc de la transmission. Ces situations permettent de décrypter comment émerge, ou réémerge, après le génocide, une structuration et une organisation personnelles et sociales entre les générations.

Par l'étude de cas trigénérationnelle que nous avons analysée dans le chapitre précédent, nous réalisons la peur et la honte de l'adulte traumatisé devant le devoir et le droit de transmettre. Il s'agit d'une transmission traumatisante. Par contre, il y a d'autres cas, à l'exemple de celui de Peace, qui éclairent la chaîne de transmission remobilisant les valeurs d'avant pour amortir les traumatismes. Dans les lignes qui suivent, nous aimerions dégager certaines dimensions de la transmission et les canaux par lesquels elle se véhicule.

5.2.3.1. *Transmission traumatisante*

Pour la situation trigénérationnelle détaillée dans le cas de Cyusa, les tentatives de remobiliser les valeurs d'avant pour entourer le cas de Cyusa mise au centre ont viré vers l'accentuation de la souffrance. Le cas de Cyusa nous semble singulier ; elle a été soumise à des épreuves complexes, celles de se débrouiller pour trouver des réponses aux questions qu'elle se pose, et a été invitée à participer à l'espace Chez-nous, qui serait ainsi le canal par lequel peut se véhiculer cette transmission dans l'espace potentiel. (Winnicott, 1975). Comme le soulignent certains auteurs, « L'expérience traumatique doit être parlée par un autre dans la langue de cet autre – fût-elle extrinsèque au trauma – pour se constituer en un héritage transmissible, en un héritage que l'on reconnaît 'avoir aimé' » (Altounian J., 2005, p. 128). Un jour, la grand-mère nous confie ce qu'elle ressent au sujet de la transmission d'un tel héritage. Elle est fatiguée des questions de son fils auxquelles elle est constamment confrontée. Cette fois-ci, le récit n'est pas perturbé par des émotions intenses comme c'était le cas pour les premières séances avec cette mère. Cela nous permet d'avoir des mots autour de la souffrance d'une mère qui a hérité de l'horreur par la volonté de l'autre et qui, par la suite, l'a transmise involontairement à ses descendants. Parlant de son fils, elle dit que ses questions sous forme d'interrogatoire, quelquefois accusatrices, sont liées à son père, à d'autres membres de sa fratrie qu'il n'a pas eu la chance de connaître. Elles sont aussi et surtout liées à la maladie de sa mère, à sa propre maladie qui impose la prise de médicaments chaque jour alors qu'il ne se sent pas malade. Ci-dessous les propos de la grand-mère en détail.

Tout ce que je faisais, et pour mon fils, et pour ma petite fille, je priais le Bon Dieu, pour qu'il s'arrange de son côté pour répondre à leurs questions à ma place. Ce garçon que tu vois, tu as toi-même entendu comment il décrit les choses. Les questions qu'il me posait me coûteraient une telle description. Je n'avais pas vraiment de force ni le courage. Heureusement qu'il a fini par le savoir. Depuis qu'il l'a su, il a eu pitié de moi, il est devenu une autre personne. Il me disait des choses qui me font peur, celles qui en principe ne devraient pas sortir dans la bouche d'un enfant de son âge. J'avais toujours peur qu'un jour ou l'autre il éclaterait de folie à cause de ce qu'il a entendu. Moi je croyais qu'il dormait profondément, alors qu'il faisait semblant. Je me dis qu'il a passé une nuit blanche comme nous, en train de remonter chaque scène. Tu te souviens de la mère que je te disais qui habite loin, à l'autre bout de la colline. Celle avec qui nous avons bu sur la même coupe du viol dans la vallée que je t'avais dit. C'est bien celle-là qui était venue me voir. Nous dormions dans le même lit, et Tito était à côté dans son lit (la tristesse s'affiche)... je n'oublierai jamais ce jour, ni cette nuit, je n'oublierai jamais les cris de nos maris et jamais je n'oublierai les mots réconfortants que cette mère m'a adressés, mais en réalité elle voulait parler à ces hyènes (Insulte pour désigner les violeurs et meurtriers) qui violaient les corps femmes absentes... Cette mère... c'est une héroïne. Désormais nous sommes devenues des amies. Quand j'étais malade, c'est elle qui venait me voir ou c'est moi qui y allais. Ça pouvait nous arriver de vouloir nous approcher pour pleurer et cela nous faisait du bien. À ce moment, elle venait, ou je devais aller et nous ne faisons que ça toute la nuit. ... Elle est venue me rendre visite à la sortie de l'hôpital – car moi j'ai failli mourir, j'ai été même dans la chambre 4 du CHUK (nageze no muri kane)¹²⁰. Là, j'ai regardé dans la tombe, j'étais à la dernière phase de la vie, je te dis, il n'y a aucune maladie opportuniste qui reste que je n'ai pas encore eue. Cette nuit-là, elle m'a dit tout d'elle, puis je lui ai dit tout de moi... Le garçon avait déjà 7 ans, il a tout entendu. Il est devenu désormais un homme... Réapprendre la maladie de ma petite fille, ça m'a ramené dans l'obscurité d'alors. Mais, le problème n'était plus là. Je me disais que son oncle la conduirait dans le groupe, pour apprendre ce qui la concerne et se rendre compte du fait qu'elle n'est pas la seule enfant qui vit avec la maladie. Mais, au fond de moi, ce qui était problème s'était transformé en équation (Ariko muri jye, ibyari ikibazo byabaye ihurizo)!... Ce n'est que la mère qui a mis au monde un enfant malade qui porte la honte que devraient porter normalement les violeurs. Elle devient par la suite meurtrière comme eux. Il m'arrive même de me dire qu'eux, ils se réjouissent de la réussite de nous voir continuer leur plan d'extermination. Ils ont réussi en nous passant la barre pour continuer le jeu à leur tour. Pour Cyusa, ce n'est seulement ça qui m'a atterré. Le tri de ce qu'il faut lui dire ou ne pas dire n'était plus une préoccupation pour moi. Je me disais qu'elle va apprendre ça comme son oncle l'a appris. En fait ce que toute mère peut souhaiter pour ses enfants dans ces situations, c'est qu'ils puissent apprendre la réalité sans qu'elle leur en parle en tant que mère... À mon fils je lui disais, mais intérieurement : 'Que Dieu t'épargne de connaître, si jeune, ce que j'ai enduré. Si réellement il te faut une réponse qui vient de moi, pour devenir un homme, et bien tu l'auras sans que je te la donne. Ou encore, débrouille-toi pour apprendre ce qu'il te faut, sinon moi je ne peux pas oser t'empoisonner sous prétexte que je te dis la vérité. Je ne serais même pas capable de trier les choses. Tu le sauras avec le

¹²⁰ « Muri kane : Dans la chambre 4. Cette chambre du Centre Hospitalier Universitaire de Kigali (CHUK) est évoquée par tous les patients que nous avons rencontrés pour être un lieu d'hospitalisation des personnes vivant avec le VIH en phase terminale. Cette maladie portée discrètement par crainte de stigmatisation est ainsi portée indirectement à la connaissance du public par le fait d'hospitaliser le patient dans cette pièce. Le patient peut ne pas aller se faire soigner de crainte d'être mis dans cette pièce.

*temps. Ainsi en t'épargnant de connaître le mal, je m'épargne de te décrire l'indescriptible'.
Le mieux pour lui serait de ne rien savoir n'est-ce pas ?... En ce qui me concerne... je ne
pouvais pas me déshabiller devant l'enfant...*

L'héritage traumatique lié aux superpositions des traumatismes est intransmissible. Car comme on le retrouve dans les longs propos de cette mère, il faut une autre personne. Mais qui est cet autre ? La grand-mère de Cyusa ne trouve personne dans le monde des vivants. Elle pense à l'au-delà. Cette mère fuit la réalité qui consiste à transmettre verbalement l'héritage traumatique qu'elle a déjà transmis biologiquement. Pour elle, c'est une honte de relater le pire à l'enfant face à face. Cela fait peur de remémorer le passé, qui la met tout seule en scène, portant toutes les responsabilités du criminel, nous voulons dire de son violeur et du tueur du père de ses enfants, ce qui lui a imposé son identité meurtrière à travers un génocide individuel (Bessoles, 2008). Nous y trouvons la responsabilité protectrice d'une mère pour ses enfants qui veut absolument leur épargner le pire et décide de négocier péniblement avec la volonté de vivre ensevelie sous la sidération traumatique (Munyandamutsa, 2008). C'est à ce niveau qu'un travail d'intervention jouerait son rôle ; l'intervenant, thérapeute, serait le catalyseur du changement de la peur et de la honte en un processus de reconstruction d'une histoire.

5.2.3.2. L'histoire en soi, comme traumatisme potentiel

Chaque fois que nous entrons dans la profondeur des récits, que ce soit ceux des enfants ou ceux des adultes, liés à leurs histoires qui sont dans l'ordre de l'intime, nous faisons toujours un rapprochement entre l'histoire intime du sujet et ses vêtements, comme nous l'ont toujours témoigné les cas avec qui nous avons travaillé. Forcer le sujet à la narrer ne s'écarte pas symboliquement du fait de le déshabiller. Ici, la grand-mère le concrétise : « (...) Tu le sauras avec le temps. Ainsi en t'épargnant de connaître le mal, je m'épargne de te décrire l'indescriptible. Le mieux pour lui serait de ne rien savoir, n'est-ce pas ?... En ce qui me concerne, je ne peux pas me déshabiller devant l'enfant. »

De l'histoire de la grand-mère, de son fils et de sa petite fille, dont nous avons appris la cohérence et la relation entre ces trois personnes un peu tardivement, nous apprenons la détermination étonnante de l'enfant de 7 ans, celle d'aller à la rencontre de l'histoire de sa famille. Cette détermination l'a poussé à passer une nuit blanche en simulant le sommeil pour écouter ce que sa mère lui avait épargné. La crainte de sa mère est aussi partagée par d'autres mères, notamment dans la voix de Dora qui a déjà deux enfants dans l'espace Chez-nous :

*Ce n'est pas aisé pour une mère ni pour un père d'expliquer à ses propres enfants le
« pourquoi » des choses dont on n'a pas de mots précis. Quand les enfants persistent pour
obtenir une réponse, elle leur dit simplement que ce sont des conséquences du génocide.*

C'est cette réponse « ce sont les conséquences du génocide » qui s'est inscrite dans le psychisme de la fille et du fils, au point qu'ils ne peuvent passer à autre chose avant que ces questions trouvent réponse : « C'est quoi les conséquences du génocide ? Qu'est-ce que le

génocide ? Qui l'a amené ? Est-ce que celui qui a amené le génocide est aussi le même qui a amené le sida ? » Dans de telles situations, Cyrulnik (1999, pp. 180-181) demanderait : « De quel droit allons-nous confier nos misères à ceux que nous voulons rendre heureux ? » Voilà pourquoi la quête de nouvelles stratégies que le projet « *Élaboration de modèles et de modes d'intervention et de formation en santé mentale appropriés au Rwanda* » se propose de mettre en oeuvre est prodigieuse. Cette thèse constitue l'une des réponses.

Le silence, les secrets que les mères préfèrent garder, ou les réponses à côté qu'elles offrent à leurs enfants, ne font que renforcer chez les enfants le désir de TOUT connaître. Ce qui compte dans l'immédiat ne serait pas le contenu, que ce soit le TOUT que les enfants demandent ou le TRI que les mères opèrent, ce serait plutôt l'acte de transmettre (Legendre, 1985). Cependant, dans le contexte tel que celui dans lequel se déroule notre recherche-action, l'acte de transmission se heurte au chaos qu'a instauré le génocide, à son avant et à son après. Ainsi la grand-mère préfère garder le secret pour protéger son fils et sa petite-fille. Les propos de Cyrulnik (1999, p. 180) justifient le silence de la grand-mère face à l'impossibilité de faire le tri dans ce qu'elle doit transmettre à son fils :

Il n'est pas nécessaire de parler pour troubler ceux qui nous aiment. La trace de l'événement traumatique qui vit à l'intérieur du psychisme comme une crypte lourde altère les comportements, les émotions du blessé et souvent son cerveau atrophié dans les zones profondes des émotions et de la mémoire qui à son tour altère ceux qui lui sont liés.

Même si cette assertion vient pour justifier la cause du secret et du silence, la transmission s'organise de soi, les anneaux de toute la chaîne par laquelle elle s'organise méritent d'être précisés. Nous présentons certains d'entre eux, à partir de la même situation trigénérationnelle qui nous sert d'exemple.

5.2.3.3. La chaîne de transmission de l'horreur

La préoccupation de la jeune génération est d'explorer la vérité qui entoure son histoire, surtout les réalités les plus cachées comme celles qui entourent l'infection au VIH/sida ou celles dont l'évocation enfonce le sujet dans l'abîme génocidaire. On le voit par leurs questions du genre : *Qui... ? Quoi... ? Quand... ? Comment... ? Où... ? Pourquoi... ?* La plus grande difficulté des parents est de faire un tri pour savoir ce qu'il faut dire et ce qu'il faut taire. Les particularités de chaque situation abordées montrent que la transmission transgénérationnelle emprunte en réalité différentes voies. Nous pensons qu'elles peuvent s'orienter en trois sens. Évidemment ces voies s'ajoutent à la transmission inconsciente imprévisible, celle qui n'est pas linéaire « ...elle peut circuler de façon imprévisible et ne pas se centrer sur un sujet particulier, elle modifie les liens entre les personnes, qui ne peuvent pas être attribués à une condition singulière » (Gampel, 2004, p. 28).

a. Réalité apprise à travers « les murs troués »

Comme nous l'avons indiqué, le jeune Tito a suivi de près la conversation entre les adultes. Nous utilisons cette expression de « murs troués » pour reprendre ses propres mots qu'il a utilisés pendant le temps des jeux, en échangeant avec un autre jeune de 22 ans, surnommé Aimé dans la présente recherche-action. Ils échangeaient entre eux des nouvelles

de leurs familles, dans leur propre jargon humoristique. Tito faisait allusion à la façon dont il avait appris que sa mère vivait avec le VIH et comment lui aussi était né avec cette maladie. Tito lui a dit : « *Je me suis placé derrière le mur troué et j'ai tout capté* ». Et son copain séronégatif – mais qui a incorporé la maladie de sa mère, dirait-on – lui a répondu :

Ma mère n'avait pas de choix, elle a fini par me le dire elle-même. Mais elle ne m'a tout dit que quand j'ai commencé l'école secondaire. J'allais vivre à l'internat, elle aussi était trop malade... Depuis lors, je porte sa maladie. Je fais tout pour elle, et j'en suis aussi malade.

Telle est l'une des situations exemplatives des paradoxes de l'après-génocide. Imposer aux descendants de devenir les parents d'eux-mêmes, voire les parents de leurs parents. Waintraiter (2003, p. 21) le dit par ces mots :

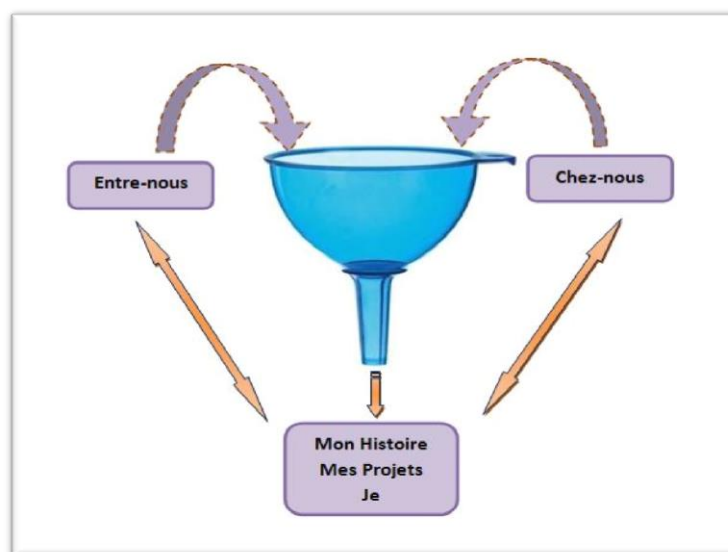
Insuffler du vivant à la mémoire familiale, dans un mouvement inversé où les descendants deviennent, pour un temps, les parents de leurs parents, telle est souvent la tâche des générations d'après, sans laquelle elles ne peuvent accéder à la réalité de leur propre histoire.

b. La transmission filtrée par un tiers compatissant.

La transmission filtrée par un tiers compatissant, ce serait l'exemple de cette transmission effectuée par l'amie de la mère de Tito. Ce serait aussi celle effectuée par la mère d'Aimé, qui lui a dit les choses progressivement. Ce serait aussi ce que font les thérapeutes qui négocient chaque instant avec les frontières du cadre (Munyandamutsa, 2001). La qualité de la transmission réside ici dans l'action de « filtrer ». Cette action rendra possible la survie ; tel est d'ailleurs le propre de l'Entre-nous et du Chez-nous, ces espaces offre la possibilité de filtrer, comme nous le disaient les mères, dans leur langage métaphorique où l'entonnoir était évoqué comme outil d'usage domestique pour filtrer les boissons.

Ici on fait le filtrage comme celui de l'entonnoir. Normalement, on filtre pour les enfants ou les malades qui ne peuvent pas mastiquer tout. (...) Nous venions ici, chacune d'entre nous avec des choses complexes, et nous nous sommes entrainés pour filtrer ce qui est utilisable. (...). Je propose que notre filtre soit là pour que nous ayons toujours quoi à dire à nos enfants.

Les propos de cette jeune mère, préoccupée par ce qu'elle dira à son enfant en rapport avec son histoire, nous apprend qu'elle-même a aussi besoin de faire son histoire. Comme l'élément de l'histoire nécessaire pour le descendant est a priori celui qui touche d'abord ses origines, son histoire personnelle, familiale, avant d'accéder à l'histoire collective, le dispositif conçu offre à la personne l'opportunité de renouer les parties de son histoire discontinuée devant laquelle elle ressent toujours la dette, le devoir de le faire pour l'autre génération. Nous nous représentons les scénarios qui se font entre générations :



Filtrage des menaces exogènes et endogènes

Ce filtrage modifie la représentation de la réalité traumatique avec l'objectif d'atténuer la brutalité des menaces exogènes et endogènes. La transmission filtrée ne va pas s'écarter de celle qui résulte de la remobilisation des valeurs d'avant que nous avons pris soin de clarifier à travers le cas de Peace (Uwineza et Brackelaire, 2014). Nous aimerions y revenir ici pour souligner cette nouvelle réalité qui questionne sans arrêt la filiation et l'affiliation dans l'après-génocide.

c. La transmission par des valeurs culturelles d'avant

Cette transmission est celle qui s'inscrit dans l'ordre de l'humain que nous avons pu décrire à travers les activités faites autour « des enfants de tout le monde et de personne, de partout et de nulle part » que représente Peace (Uwineza & Brackelaire, 2014, p. 150). Elle renvoie à la responsabilité transgénérationnelle qui invite chaque personne au processus de création et/ou recréation du rapport entre générations. Dans l'après-génocide – temps qui nous préoccupe –, ce processus de transmission interroge l'émergence et la réémergence des nouvelles structurations et organisations personnelles et sociales entre les générations. Les acteurs entre générations trouvent là un champ d'exercice, « qui soit de l'ordre du rapport bilatéral de la responsabilité, de l'obligation » (Uwineza & Brackelaire, 2014, p.155) que l'on s'assigne soi-même spontanément, sans imposition de la loi. C'est de cette façon que Peace, Tito, Shema, Charité, Eunice, et d'autres jeunes qui se rencontrent dans l'espace « enfant » Chez-nous ont pu entamer le chemin de la construction de leur avenir, se constituer une histoire, l'intégrer et ainsi atténuer l'ardeur du traumatisme légué à travers les générations.

Qu'importe la voie par laquelle la transmission transgénérationnelle passe, la mémoire et le transfert sont fort concernés dans ce processus, qui coûte à chaque génération l'œuvre

d'historiciser chaque événement (Quentel, 1992). Ce qui cause souffrance serait ces parties de l'histoire d'entre génération, ces « résidus » (Gampel, 2007, 2005) portés par la jeune génération qu'elle ne parvient pas à se représenter pour les faire siens. L'espace « mère » Entre-nous et l'espace « enfant » Chez-nous seraient des lieux destinés à transformer, à retravailler ces « résidus » qui englobent les secrets, les non-dits, les deuils et tout le malaise indescriptible/indissociable – « *je ne sais pas comment je me sens... je ne sais pas par où commencer* » – et à leur trouver une place dans le parcours de chaque sujet. La personne de l'autre génération se porte garante d'assumer des responsabilités sans qu'aucune loi écrite qui l'y oblige. L'après-génocide impose de revenir aux valeurs d'avant telles que *ubupfura*, *ubunyangamugayo*, *ubutwari*, *ubwenge*, *umutima* (noblesse, intégrité, héroïsme, sagesse, bonté) (Galabert, 2012) et ordonne à la personne adulte de porter l'étiquette d'un parent de grande valeur « *Umubyeyi* », représenté par la mère. Avec cette structure, il est possible de symboliser, de se faire des illusions. Avec cette structure qui fait penser à « l'aire d'illusion » ou « l'espace potentiel » (Winnicott, 1953), il est possible de faire des fantaisies, de créer, de symboliser. Ainsi, animée par ces valeurs, la mère dira : « *Personne ne refuse d'être enfant, ce qui lui manque, c'est seulement celui qui le nomme ainsi* ». Ou encore, « *Aucun enfant ne manquera de parent s'il est un bon enfant, et aucun parent ne manquera d'enfant s'il est un parent digne de ce nom* ». Ces adages soulignent uniment les droits de l'enfant et les devoirs de l'adulte à son égard, notamment lui offrir un lieu d'appartenance, lui transmettre l'héritage qui lui permettra de renoncer à l'illusion et d'accéder à la désillusion et ainsi lui faire prendre confiance de sa capacité d'agir seul et d'exister en tant que soi.

Les espaces conçus seraient aussi des lieux protégés pour barrer le chemin à tous les autres aléas du dehors qui ne cessent jamais de secouer la personne et perturber son état psychique en l'empêchant d'accéder à cette autonomie. Enfin, ces espaces dotent ses membres de l'énergie psychique nécessaire pour affronter ces aléas de la vie. Ils s'inscrivent dans l'ordre de l'entre générations.

5.3. Les conclusions

Pour conclure ce chapitre, nous voulons revenir sur le concept d'Entre-nous et celui de Chez-nous qui s'imposent comme le nœud de notre recherche et de notre intervention. C'est principalement ces deux pôles complémentaires que nous allons développer. Les deux concepts ont émergé en même temps, dès l'initiation des groupes de mères. Ils ont évolué au fil du temps, tout au long des travaux de terrain de cette recherche-action et ont pris sens progressivement. Ils ont évolué en se définissant premièrement comme un lieu bien connu, deuxièmement comme processus de construction de stratégies méthodologiques définissant le cadre de recueil des données, troisièmement comme un espace invisible traduisant le processus de construction de liens. Au bout de cette thèse, nous affirmons que ces espaces se présentent comme « matriciels », lieux de relance de la socialité des liens entre les pairs et entre parents et enfants. Ils engagent en ce sens aussi les liens entre générations. Ainsi, ils contribuent efficacement à l'œuvre de re-création des facultés permettant les processus de

reconstruction psychique. Précisons comment ces espaces servent tout à la fois de cadre méthodologique de recueil des données et de modèle stratégique d'intervention.

5.3.1. *Entre-nous, Chez-nous, cadre méthodologique de recueil de données*

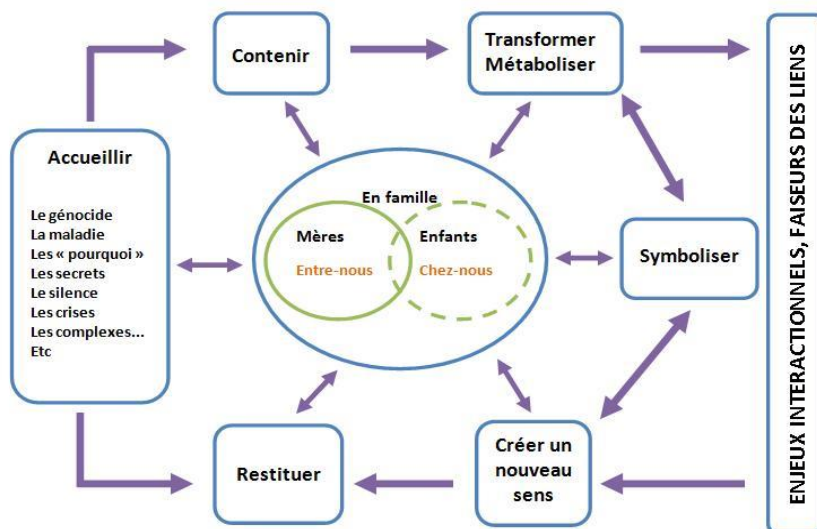
Pour ce qui est du cadre méthodologique, les espaces Entre-nous et Chez-nous sont deux notions liées à la population qui fait l'objet de notre étude, principalement les mères qui nous ont ouvert la porte d'entrée en famille et qui nous ont mise à la rencontre de leur enfant. Dans les temps de « normalité », une mère ne méritait que la place de respect, de dignité, pour avoir donné la vie à l'enfant. Pendant le temps d'« anormalité » que fut le génocide, cette époque troublée qu'a connue le Rwanda, la mère fut déshabillée, insultée à partir des parties intimes de son corps jusqu'à celles de sa mère et celles de la mère de sa mère, cela sur plusieurs générations (Godard, 2014). La population auprès de laquelle nous étions appelée à recueillir les données était celle qui était le plus en besoin d'accompagnement psychologique par rapport aux autres, la plus vulnérable. Pour une mère violée au grand jour, infectée d'une maladie qui la condamne au silence et qui pousse l'autre à l'isoler, fatiguée de rester toujours silencieuse devant les « pourquoi ? », les « quand ? » et les « comment ? » de ses enfants, alors qu'elle leur doit la vérité, y avait-il une autre alternative que celle de persévérer dans le silence par crainte de transmettre l'intransmissible ? Comment allions-nous l'amener à avoir recours à un autre langage beaucoup plus compréhensible que le silence ? Comment devions-nous recueillir les données auprès d'elle sans l'anéantir à nouveau ? En tant que chercheur, il nous a été impossible de nous positionner comme observateur externe, passager, qui n'est là que pour recueillir les données liées à la thématique, satisfaire seulement la curiosité scientifique. Disons que le transfert et le contre-transfert ont pris le dessus. L'idée que rester neutre, comme le « prescrivent » les méthodologies classiques, est inhumain nous a dominée tellement que nous nous sommes retrouvée dans l'impossibilité de faire comme indiqué. Disons que les circonstances, le terrain, nous ont imposé leur propre méthodologie.

Nous avons vite compris que le quotidien d'avant n'opère plus auprès de la personne blessée jusqu'au fond de son intimité. Il fallait absolument tenter d'entrouvrir un espace entre « moi » et « toi », chercheur et acteur, dans cette dynamique, le premier étant celui qui ne sait pas, qui est plutôt prêt à s'asseoir à côté de l'autre, pour apprendre le langage de la souffrance inouïe et surtout apprendre comment le traduire. Le souci de faire cette traduction, afin de transmettre ou de témoigner à la place de notre interlocuteur, a été aussi une autre préoccupation qui a requis encore une fois d'autres énergies psychiques qui allaient au-delà de celles mobilisées pour recueillir les données. On comprend que les situations étaient telles qu'elles exigeaient de nous d'adapter les règles classiques de la recherche en raison du contexte douloureux qu'a laissé le génocide, qui fait la ligne de démarcation entre l'« Avant » et l'« Après. » Le saut qualitatif appelle une rupture méthodologique, voire presque une rupture épistémologique. Nous dirons que le temps

d'« Après » exige de nous de procéder autrement. La mère et l'enfant ont donc réclamé ce dont ils avaient besoin : la mère Entre-nous et l'enfant Chez-nous, tous en famille. C'est là le contexte qui leur est familier : être chez soi, avec les siens. Un tel cadre méthodologique demande au chercheur de s'éloigner du caractère neutre des méthodologies classiques, de s'inscrire dedans pour s'approcher du sujet, mais avec la possibilité de se distancier afin de pouvoir non seulement recueillir les données dans leur état brut, mais aussi de créer, avec le sujet, les moyens de survivre, de trouver du sens au non-sens. C'est là que réside la dimension d'intervention.

5.3.2. *Entre-nous, Chez-nous, modèle stratégique d'intervention*

Pour ce qui est du modèle stratégique d'intervention, il faut d'abord souligner tout ce travail qui s'opère entre le sujet et les facilitateurs de ces groupes, dont fait partie le chercheur, qui a mis de côté la curiosité scientifique, pour mieux l'assouvir ensuite. Puis, il y a cette possibilité d'offrir à la mère et à l'enfant un espace où il est permis de dire ce qui lui a été interdit de dire pendant un certain temps, comme les mères nous l'on confié. « *Ce que nous disons ici entre nous, on ne peut le dire nulle part ailleurs.* » Pour la mère, c'était une occasion où il est permis de pleurer ; pas seulement à l'enfant, même à la mère, il est permis de pleurer, car elle a aussi de bonnes raisons. Il lui est permis d'être triste, de gémir, de prendre la parole ou de garder le silence. Garder le silence pour le cri de son corps, celui des siens que le reste de l'humanité a ignoré. Et même oser maudire ce qui mérite la malédiction, ou critiquer ce qui mérite des critiques, ce qu'elle ne saurait faire nulle part ailleurs qu'à Entre-nous. Pour l'enfant, dans son espace Chez-nous, il y a des « pourquoi ? », des « qui ? », des « quoi ? » des « quand ? » et des « comment ? » Le nœud du travail thérapeutique se trouve dans cette convention : « ... Certes, des réponses ne sont pas toutes disponibles, ni accessibles, et personne ne les connaît mieux que l'autre ; rassemblons-nous, questionnons-nous les uns les autres, questionnons l'autre, et surtout, pensons ensemble pour trouver le sens ensemble. » Le travail d'élaboration, de création et de symbolisation s'articulait tout au long de ce cheminement à la recherche du sens de ce que l'on vit et de ce que l'on ne parvient pas à se représenter. La dynamique se passait dans un mouvement circulaire avec comme objectif commun la quête du sens représentable.



Stratégie d'intervention et de recueil des données

Le travail effectué dans cette dynamique interactionnelle des membres du groupe dépendait du contexte particulier du sujet, mais aussi du contexte du pays. Dans la plupart des cas, ce contexte extérieur, particulièrement le cycle des commémorations réglementées, avec les activités qui les précèdent et celles qui les suivent, replonge le sujet dans un passé hyper présent. Une réaction par rapport à cette situation s'est donc imposée, pour fortifier les personnes avec qui nous travaillions et les doter de l'énergie psychique qui leur permette de voir les choses autrement. Dans les espaces Entre-nous et Chez-nous, le travail progressif a permis à ceux qui s'y rencontraient d'acquérir « la capacité de traduire en mots, en représentations verbales partageables, les images et les émois ressentis pour leur donner un sens communicable » (Cyrulnik 2004, p. 123). Ainsi les séances précommémoratives initiées et celles de ressourcements recommandées trouvent leur justification.

5.3.3. Pouvoir reconstitutif de l'Entre-nous, Chez-nous

Le pouvoir reconstitutif de l'Entre-nous et du Chez-nous réside dans ce qu'ils renferment comme sens et dans ce qu'ils apportent comme réponse aux besoins de la mère et de l'enfant. Comme la plupart des thématiques amenées au centre étaient de l'ordre de l'intime, les aborder nécessitait un cadre particulier. Sans pour autant relier tous les phénomènes qui se sont produits dans ces deux espaces à la matrice, organe que l'une des mères disait avoir perdu, nous y voyons quand même un point de référence pour comprendre ce qu'il est possible d'aborder en étant dehors, ou en étant dedans. Nous pouvons simplement associer la matrice de cette mère à ce que les mères ont de commun et

qui les regroupent entre elles : ce même organe, que nous pouvons comparer à un « chez soi » de l'enfant. Nancy, par ces mots « *mon fils, je l'ai fait déjà homme, unetelle le sait bien* (elle cita le nom de notre collègue qui s'est toujours occupée d'elle) faisait allusion à l'acte de transmission verbale qu'elle a fait à son fils en lui confiant l'ampleur de sa souffrance. C'est pour nous une façon de le faire sortir de la matrice bien enveloppante, chez soi donc, autrement dit, de le mettre devant l'épreuve de la responsabilité. La matrice fait penser à la vie symbiotique de la mère et de l'enfant à partir de laquelle Winnicott (1969, 2010) développe l'idée du *holding* et *handling* et des espaces potentiels ainsi qu'à l'idée du contenant ou d'enveloppe que nous devons à Didier Anzieu.

L'acte de parler de ce qui touche à son intimité est ainsi une manière de se déshabiller en public – « *On ne se déshabille pas dehors ; ... je ne peux pas me déshabiller devant les enfants ; si on n'accepte de se percer le ventre, c'est qu'on est ici entre nous ...* » – il faut être chez soi avec les siens (Jacques, 2015). Dans le langage des mères et des enfants, après tout ce qu'ils ont traversé, cela signifie que la reconstruction de ce qui est de l'ordre de l'intime ne peut se faire qu'Entre-nous et Chez-nous, particulièrement pour le survivant infecté par le VIH ; il n'y a rien de général qui peut se dire dehors. Il faut donc un espace qui soit délimité, qui rassemble les gens chez eux et entre eux. Ainsi les espaces Entre-nous et Chez-nous, revendiqués par les mères et les enfants, constituent des dispositifs où construire des actions reconstructrices pour toute personne en souffrance, et en l'occurrence le survivant infecté et/ou affecté par le VIH/sida. Pour aller au fond de la compréhension des enjeux reconstructeurs de ces deux espaces, nous allons mettre en évidence leurs facultés reconstructrices. Elles peuvent être nombreuses, nous en reprenons deux. Entre-nous et Chez-nous sont d'une part des espaces *transitionnels ou potentiels* et d'autres parts, les lieux *de jeu et de fantaisie*.

5.3.3.1. Comme espace transitionnel

Ces deux espaces offrent la possibilité d'un passage, d'un changement, d'une transformation. L'objet passe d'un état à un autre, d'un statut à un autre, pour le sujet, comme le souligne Renders (1991, p. 216). Des mouvements de création progressive de l'objet, de passage de l'illusion à la désillusion, de son état subjectif à l'état objectif, du moi au non-moi. Tous ces changements, tout ce processus de passage d'un état à l'autre, de transformation de l'objet, par le sujet lui-même, permettent que l'objet devienne utilisable. Concrètement dans notre cas, la souffrance du sujet (ou ses traumas, ses deuils, son quotidien troublant) est soumise à l'imagination créatrice, la puissance d'inventivité de chaque sujet à Entre-nous et Chez-nous. Une fois l'objet soumis à la disponibilité de chaque sujet pour en faire un usage transformateur, il est clair que l'objet est détruit. Cela n'est rien d'autre que la mise en confrontation avec la réalité interne du sujet. Le sujet porteur du premier format, parvient petit à petit à se désinvestir ou à se dissocier et commence le processus de réinvestissement du nouveau format. Enfin, chaque sujet qui parvient à réaliser son œuvre dans cette tâche partagée, se contente du pas franchi, par soi, pour soi et pour l'autre. Cette tâche n'est rien d'autre que l'interprétation progressive de chaque format de l'objet qui fait mal sans sens, jusqu'au format moins menaçant doté de

sens. Le facilitateur du groupe Entre-nous et Chez-nous se laisse dominer, fait silence pour laisser se manifester les surprises du sujet, acteur principal de son changement. Il accepte « sa destruction », mais, avec possibilité de survivre, dans sa façon d'être présent. « Se situer entre la réalité psychique interne, et le monde externe » (Winnicott 1975, p. 90), tel qu'il est appréhendé par chaque personne.

5.3.3.2. *Comme espaces de jeu et de fantaisie*

Toutes les personnes avec qui nous travaillons réclament souvent la présence de l'objet perdu, irrécupérable : ce fut l'être cher, les biens, le soi d'avant la maladie et le contexte avant qu'elle ne s'installe. Pour faire face à cette irréversibilité, on a recours aux fantaisies, aux jeux symboliques, particulièrement avec les adolescents, comme l'a fait Peace, en gardant vivante dans son corps l'image de ses parents qu'elle n'a jamais connus, en créant, partout où elle pose les pieds, un espace géographique pour qu'il devienne un chez soi. On trouve aussi cette réalité dans le recours au langage humoristique et/ou métaphorique. Dans l'espace « Enfant », Didier avait recours à l'humour pour ne pas laisser ses pairs s'effondrer en même temps qu'il se préservait aussi de cet effondrement émotionnel. Dans l'espace « mère », on pouvait s'échanger des métaphores, pour essayer de travailler leur blessure, des devinettes, mais aussi « jouer » la malédiction du tortionnaire. Comment allions-nous faire pour gérer l'agressivité teintée de tristesse ? Dans l'espace Entre-nous, comme Chez-nous, chacun a su apporter son matériel de jeu. Ainsi, « le joueur ne joue pas seulement avec ce qu'il tire de lui, mais aussi avec ce qu'apporte l'autre joueur. Et de cette rencontre naît du vrai soi » (Renders 1991, p. 218).

Dans l'Entre-nous et le Chez-nous, le rôle du facilitateur – qu'il faut comprendre dans le sens commun comme le thérapeute de groupe – n'est pas de mettre de l'ordre dans le chaos, il n'est pas aussi minime. Il doit veiller à retravailler progressivement sa position pour qu'elle ne prime pas, alors que « personne ne sait plus que l'autre » ; il est tenu à faire en sorte que chaque membre occupe une position contenant les uns vis-à-vis des autres. A la fin de cette thèse, un constat semble se dégager, au fil de la quête. La reconstruction psychique du survivant infecté par le VIH/sida est confrontée, se heurte à la responsabilité de transmettre. Cet acte de transmission est en soi un travail fort complexe qui engage le survivant à un devoir d'aller à la rencontre de son passé sidérant, pour trier ce qu'il faut transmettre à son descendant, quand, et comment. Les facteurs endogènes et exogènes, à leur tour, réactivent ce passé et contribuent à la complication du devoir de transmettre. Les espaces Entre-nous et Chez-nous servent de dispositif contenant, qui permet de s'engager dans le devoir de transmission entre générations. Ces espaces, intimement lié au « Je », au « Tu », au « Nous », permettant un rapprochement entre le psychique et le social, renvoient à un espace incorporé dans un groupe de soutien qui permet de bâtir son lieu propre, de se donner des liens et des fondements, de faire œuvre de culture (Brackelaire, 2004). Ce sont des espaces favorisant le mouvement dynamique de relance, rassemblant les solitudes pour créer la solidarité.

Conclusion générale

Cette thèse est un aboutissement et le début de l'itinéraire incertain de son auteure. Elle prend ses origines dans son expérience antérieure, période pendant laquelle le seul souci était de trouver une manière de mieux soulager la souffrance psychologique des personnes côtoyées dans la clinique. À partir de ce questionnement très général : « Comment faire pour mieux soulager ? Comment peut-on procéder pour mieux faire ... ? Quel serait le modèle de prise en charge qui pourrait soulager au mieux la souffrance des personnes qui viennent nous voir ? », cette thèse se veut une contribution, si modeste soit-elle, à l'apport de réponses. Elle s'est proposée d'élaborer progressivement des modèles de prise en charge permettant de rencontrer la demande, tant implicite qu'explicite, des personnes qui, outre l'expérience traumatique liée au génocide, se sont retrouvées infectées par le VIH/sida consécutif à la traversée génocidaire. Cela avec l'objectif d'aménager des espaces *d'intervention pour la reconstruction psychique de ces personnes, en l'occurrence les survivants du génocide infectés par le VIH/sida*, en réponse aux questions posées dans le cadre du Projet Interuniversitaire Ciblé (PIC) « *Élaboration de modèles et de modes d'intervention et de formation en santé mentale appropriés au Rwanda* ». Pour y arriver, nous avons dû nous appuyer sur les capacités internes de chacun des acteurs, seule possibilité qui a pu nous permettre de nous rapprocher les uns des autres, afin d'esquisser ensemble les voies et moyens susceptibles de libérer la personne de l'emprise du double destin traumatique que constituent le vécu du génocide et la contamination par le VIH/sida.

Dans les lignes qui suivent, nous voulons revenir sur le contenu transversal de notre travail avec un regard critique, et cela selon quatre axes :

- (1) Nous reviendrons d'abord sur notre méthodologie « bricolée ».
- (2) Ensuite nous présenterons la synthèse des résultats. Sur ce point, nous voulons faire ressortir clairement certains éléments qui sans doute apparaissent explicitement ou implicitement dans le contenu des résultats, mais qui peuvent avoir été dissimulés dans la façon dont nous les avons présentés. Ces éléments sont principalement le vécu de l'enfant par rapport à ce double destin tragique, celui de l'adulte par rapport à ce même destin et enfin les espaces qui leur ont été aménagés en guise de proposition de dispositif pour leur reconstruction psychique. Nous mettrons aussi en évidence certains points qui restent en suspens, tout en ouvrant d'autres questionnements qui ont émergé tout au long de notre profonde implication dans la recherche de réponses à notre question initiale.
- (3) Puis, nous mettrons en exergue l'importance de la co-facilitation des groupes dans un contexte comme le nôtre.
- (4) En dernier lieu, nous reprendrons l'essence de notre travail dans l'Entre-nous et le Chez-nous qui était celui d'entreprendre, dans la mesure du possible, un voyage vers ce lieu Entre-génération, où se mettent en jeu des liens reconstituteurs.

1. Notre méthodologie, avantages et limites

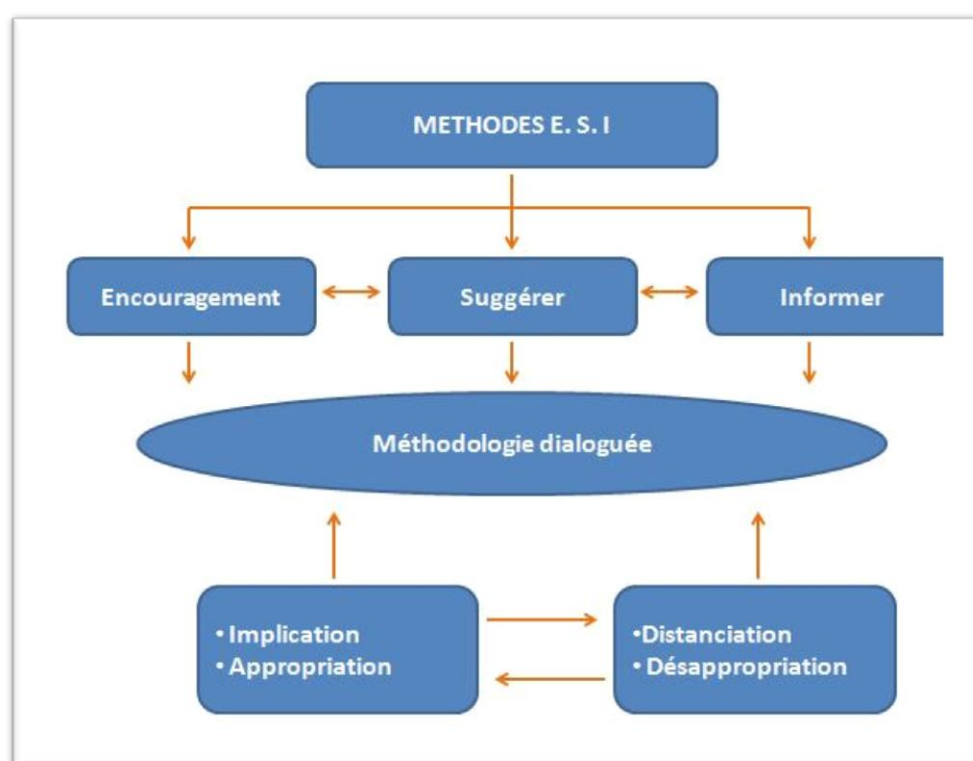
Quand on marche dans le désert, l'envie la plus ardente n'est pas d'en sortir immédiatement. C'est plutôt la rencontre avec de petites oasis tout au long du chemin. On pourra ainsi continuer le voyage avec l'espoir que l'on en sortira sans mourir de soif. Cette métaphore qui évoque le processus au cours duquel nous avons co-construit ce dispositif témoigne du chemin par lequel nous sommes passée pour aménager ces espaces présentés comme résultats de notre recherche. Ce processus a été caractérisé par « le bricolage » d'une méthodologie co-construite tout au long du travail d'intervention et de recherche. Si les avantages en sont évidents, il convient de ne pas en minimiser les écueils. Heureusement, elles ont fait l'objet d'un travail de réflexion pour en trouver le sens positif tout en renforçant leurs aspects créatifs.

Notre méthodologie est née et a évolué parallèlement à notre itinéraire professionnel. Elle a été toujours inspirée par nos patients ou s'est installée de façon inattendue pour répondre aux questions soulevées par telle ou la telle situation clinique qui se présentait. Ce n'est que la présente recherche-action qui nous a offert l'opportunité d'y réfléchir. Nous sommes partie sur le terrain avec l'idée de procéder classiquement ; au début, nous espérions combiner les méthodes qualitatives et quantitatives. Cependant, la réalité du terrain nous a imposé de procéder autrement. L'incertitude, le tâtonnement, les impasses ont été des éléments avec lesquels nous avons co-construit les espaces Entre-nous et Chez-nous. Comme il nous a été impossible de faire ce que nous avions programmé avant d'aller sur terrain, nous avons décidé de laisser les choses évoluer à leur propre rythme et de prendre ensuite du recul pour réfléchir sur cette méthodologie qui se présentait fortuitement et s'organisait non pas selon la volonté du chercheur, ni de celle du sujet, mais en fonction du climat contextuel, aussi bien interne qu'externe.

Notre méthodologie s'inscrit dans une logique qualitative et les phénomènes de transfert et de contre-transfert ont servi de pierre angulaire pour co-construire ce dispositif en deux espaces. Nous-même, nous n'avons compris son sens que progressivement, au fur et à mesure des analyses et cela nous préoccupait pendant la période des courts séjours que nous passions en dehors du terrain. Nous restions consciente de n'avoir pas épuisé toutes les dimensions du sens que porte notre méthodologie. Pour l'instant, nous trouvons dans ce mouvement transféro-contre-transférentiel la logique de la transmission où se mêlent l'induction, la contagion, l'imitation, à l'œuvre de l'individuel face au collectif. Chacun des participants – chercheur que nous étions, mères, adultes et enfant avec qui nous avons travaillé – était devenu « le lieu d'une activité psychique particulière » (Hefez, 2010, p. 157) pour l'autre.

Tout au long de cette recherche-action, nous avons réalisé combien notre méthodologie nous a fort impliquée dans la démarche clinique et dans le social, avec les personnes avec qui nous avons travaillé. Nous étions donc amenée à devoir évaluer et réévaluer notre rôle, tout en négociant avec nous-même quant à l'exigence de s'impliquer et à la nécessité de se distancier. Ainsi, vu le contexte dans lequel notre méthodologie a pris naissance et la façon dont elle a évolué, nous l'avons qualifiée de méthodologie dialoguée ou négociée. Cette

méthodologie est caractérisée par la méthode que nous avons appelée méthode ESI constituée par trois processus d'actions continues, celles d'Encourager, de Suggérer et d'Informé.



Dynamique des méthodes ESI vers la méthodologie dia-loguée

Nous avons constaté que cette façon de faire accorde une place prépondérante à l'histoire du sujet, au contexte du moment et au rapport que le sujet établit entre ce contexte et lui-même. Comme nous l'avons montré, les préoccupations tournaient autour des liens sociaux, des représentations sociales face à l'état de la personne, ses valeurs, ses groupes d'appartenance, ainsi que sa trajectoire personnelle et sociale. Cette façon de faire, que nous résumons dans la méthode ESI, ne voulait en réalité que retravailler la question de la demande pour l'accompagnement psychologique, qui n'est jamais posée par la personne en besoin, mais plutôt par un tiers ou même suggérée par les soignants. En témoigne, par exemple, le chemin que nous avons dû parcourir pour réussir à intégrer les 26 mères dans les groupes de soutien. En témoigne également la façon dont les soignants ont dû intervenir et suggérer à certaines mères de venir participer à notre recherche, ainsi que la manière dont celles qui étaient déjà intégrées dans le groupe ont informé les autres des actions qui étaient en train de se construire. C'est aussi par cette même méthodologie stratégique –

Encourager, Suggérer et Informer – que ces mères à leur tour ont pu amener leurs enfants adolescents à s'impliquer dans cette recherche-action.

On voit donc que la demande qui a été suggérée, ou exprimée par quelqu'un d'autre, a été l'objet d'un long travail qui aboutit aujourd'hui à un objet consistant, qui est le lieu de tissage des liens nécessaires pour le processus de la reconstruction psychique de soi et de l'autre. Cette méthodologie, qui a été caractérisée par le travail autour de la demande suggérée, n'ignore pas pour autant l'existence, rare, de la demande exprimée. Au contraire, elle souligne la nécessité de la clarifier, car elle est bien là d'une façon implicite, quelquefois explicite, en raison de l'existence même de la souffrance que l'on essaie de camoufler, mais en vain.

L'approche ESI a commencé dès les premiers jours dans la salle d'attente et s'est réaffirmée ensuite dans les séances proprement dites de groupe de soutien. Il existe pourtant une petite nuance entre ce que nous faisons dans la salle d'attente et ce qui se construisait pendant les séances en groupe de soutien : pour ces dernières, la tâche était facilitée par le fait que la responsabilité était cette fois-ci partagée, c'est-à-dire que le travail autour de ces trois actions faisait appel à la négociation, avec la force et/ou l'inertie de chacun des membres. Tel était le nœud du travail de co-construction psychique et de production de savoirs, dans la position dissymétrique entre les acteurs. Lors de ce partage, nous insistions sur le fait que chacun allait soulever ce qu'il était capable de transporter, mais cela n'excluait pas l'effort pour se surpasser, principalement pour son propre changement puis pour celui des autres. Il s'agit d'une approche qui a exigé de chacun de nous de nous connecter avec ce qui se passe autour de soi, surtout le chercheur qui est amené à n'être plus centré, pendant un certain temps, sur les exigences du travail scientifique. Autrement dit, le contexte post-génocide nous place loin de « l'illusion de la maîtrise » (Cifali, 1999, p. 134) et proche de « l'illusion de liens » (Janssen, 2012). C'est donc un travail de dialogue, de négociation avec soi et avec l'autre, avec les temps et les circonstances.

Quel était l'objet de ces dialogues ? Il serait idéal de développer les éléments de la réponse à cette question dans la rubrique qui fournit les conclusions liées à nos résultats. Mais comme les actions liées à l'intervention se faisaient conjointement avec celles liées à la recherche, ainsi qu'avec les premiers moments d'analyse, nous les abordons maintenant pour souligner l'interdépendance entre toutes ses actions qui déterminaient par conséquent notre méthodologie. En écoutant les propos des mères avec qui nous avons travaillé, nous comprenons que le temps est scindé en trois : l'avant, le pendant et l'après, le point de repère qui fait la démarcation entre ces trois temps étant le génocide. La vie d'avant est décrite comme belle. Même chez celles qui ont connu alors des afflictions diverses, elles s'y réfèrent en la décrivant comme « *un pseudo paradis* » où les valeurs d'avant sont évoquées comme le modèle exemplaire sur lequel il faut réorganiser la vie d'après. Signalons que l'avant génocide incorpore un autre avant, l'avant-colonisation et l'avant-modernité. Ainsi, quand les mères nous renvoyaient aux valeurs d'avant où puiser les éléments reconstructifs, précisément dans l'Entre-nous et le Chez-nous que le génocide a fait voler en éclat, elles ne sous-entendaient que les valeurs reconstructrices, celles qui prônent la socialité, la vie communautaire, le partage, qui accordent une place à l'enfant,

celui de soi-même et celui de l'autre. Elles impliquent cette responsabilité que l'adulte a su garder envers l'enfant sans qu'il y ait une loi écrite qui lui confère cette responsabilité. Cela pour dire que dans les valeurs d'avant il a fallu opérer naturellement un tri, opter pour ce qui construit par rapport à ce qui détruit, car le génocide trouve son origine dans les éléments historiques d'avant. Reste un grand trou sombre qui scinde l'histoire en deux temps : avant et après le génocide. En plus de ces deux temps, pour le survivant, il y en a un troisième : le « pendant » qui constitue une éternité de douleur morale. Dans de telles situations, on comprend les raisons qui poussent certains auteurs à caractériser le génocide comme un crime que l'on ne peut ni punir ni pardonner (Garapon, 2002).

La mémoire traumatique se reconstruit petit à petit. Que se passe-t-il quand le climat interne est en conflit continu avec le contexte externe ? Les résultats de cette étude montrent que les mères témoignent de cette reconstruction progressive par la narrativité à la première personne du singulier, en utilisant le « je », après un certain temps de formulation du récit au moyen du « nous », ou du « on », en rapport avec ces trois moments de l'histoire. Bien entendu, ces pronoms vont ensemble et chacun implique tous les autres ; ils engagent une structure implicite de positions et de rôles. Mais leur usage et leurs places respectives se transforment au fil du récit. Au début, l'effort d'utilisation du « je » pouvait être accompagnée de l'effondrement en émotions, en pleurs, ou d'un long moment de silence témoignant de la rencontre avec la partie de l'histoire non encore intégrée et qui continue à peser lourdement sur le sujet. Nous avons eu l'impression que cette réalité, qui reflétait le climat interne du sujet, était fort influencée par le contexte externe, c'est-à-dire l'ambiance qui régnait dans son environnement. Le récit des personnes avec qui nous avons travaillé nous a laissé l'idée qu'au Rwanda le quotidien de la personne est caractérisé par deux temps contextuels qui influencent l'état psychique : *le temps de la « normalité »* et *le temps commémoratif*. Généralement, pendant le temps de normalité, les personnes affichent une sérénité qui cache sans doute une souffrance intérieure et pendant la période des commémorations cette souffrance tend à exploser (Gishoma, 2014). Dans la présente recherche, la personne pouvait afficher, dans nos groupes, une souffrance immense pendant le temps dit de normalité. Et paradoxalement, pendant le temps commémoratif, la même personne disposait d'une énergie psychique extraordinaire. Mais en général, cette période commémorative anéantit psychiquement toute personne. Les fantômes d'avril semblent se faire entendre déjà chez tout le monde dès le mois de février.

Cette réalité remarquée après le premier temps de terrain a influencé notre méthodologie. Elle nous a imposé d'instaurer *des séances précommémoratives*. Ces dernières étaient indépendantes de celles que nous avons qualifiées de *séances de ressourcement*. Les premières avaient pour objectif de renforcer l'énergie psychique des personnes avec qui nous travaillions afin qu'elles puissent entrer dans la période commémorative sans être une nouvelle fois anéanties. De notre côté, nous avons évité de recueillir les données pendant le mois d'avril, pour préserver l'économie de notre propre énergie psychique. Cependant, pour les groupes de soutien des enfants qui ont commencé tardivement et pour lesquels nous devons nécessairement compter sur la période des

vacances pour trouver des participants (sur le site de Remera), nous avons continué les séances avec les enfants en avril.

Les séances de ressourcement s'inscrivent dans la dynamique de reconstruction psychique, qui nécessitait un sevrage progressif par rapport aux séances groupales, au fur et à mesure de l'évolution des actions de terrain. Mais, pour ne pas briser brusquement les liens tissés, il s'est avéré nécessaire de les maintenir par des rencontres un peu plus espacées (une tous les trois mois) pour permettre aux mères de se ressourcer, après un certain temps de travail hors de l'espace commun qu'elles avaient aménagé ensemble. Ceci concerne essentiellement le groupe des mères.

Pour les enfants, nous avons eu l'impression que nous avons quitté le terrain sans vraiment entrer dans la profondeur de toute la réalité qui se théâtralisait dans leur espace Chez-nous. Cependant, les résultats qui éclairent le thème du statut de l'enfant dans l'après-génocide nous placent devant un constat phénoménal quant à la reconstruction psychique des enfants, adolescents et jeunes adultes dans le Rwanda post-génocide. Les voilà qui sont nommés des enfants mais sont déjà adultes, des adultes aussi enfants, des enfants qui sont déjà mères comme celles que nous avons vues dans l'espace des enfants, des mères encore enfants vues dans l'espace des mères ou simplement : des hommes, pour souligner qu'ils parviennent à surmonter les différentes épreuves de la vie. Notre intention n'est pas ici de faire ressortir ce que les résultats ont mis en évidence dans l'espace « enfant ». Nous nous appuyons simplement sur ce constat pour évoquer l'hétérogénéité de leur groupe et par conséquent la complexité du cadre pour recueillir des données. Nous voilà conduite à opter d'allonger la durée de la séance pour pouvoir la scinder en trois parties, le temps de jeu, le temps d'échange et le temps d'intervision. Par sa structure, le premier temps fut le temps le plus libre où se libère beaucoup d'information mais difficile à rassembler à cause du cadre plus variable. Le fait de laisser les enfants, adolescents et jeunes adultes dans cet espace libre, leur permettait de se sentir libres les uns envers les autres, sans le regard du soignant et du chercheur. C'est un cadre qui a permis de lever les frontières de l'hétérogénéité quant au facteur d'âge et à la traversée singulière de chacun en rapport avec le génocide et le VIH/sida. On comprend que cela a permis que le deuxième temps, celui de l'échange, se soit organisé avec moins de difficultés. Du moins celles qui sont liées au facteur d'hétérogénéité ont été levées par la familiarité pendant le temps de jeu. Le dernier temps, celui que nous avons appelé le temps « post-groupe », était organisé aussi bien après la séance groupale avec les enfants qu'avec les mères. Il était conçu comme un moment d'intervision. La fonction nous paraissait triple. Réunissant seulement les facilitateurs, et les autres membres de l'équipe soignante en cas de besoin, c'était un moment où nous avions à nous écouter nous-mêmes en tant que facilitateurs et ainsi mettre des mots sur nos ressentis par rapport aux transferts massifs qui ont tant caractérisé la dynamique de nos groupes de soutien. En deuxième lieu, il nous a servi comme un moment pour revoir les membres du groupe chacun individuellement et son évolution par rapport à l'ensemble du groupe. Enfin, le temps post-groupe nous a servi comme un temps d'inter-analyse des données qui venaient d'être libérées. Disons que le temps post-groupe fut pour nous le

temps pour les analyses immédiates après celles que nous faisons tout au long du travail de groupe.

Pour terminer avec notre méthodologie, soulignons-en ses avantages et ses limites. D'emblée, nous voulons souligner que les avantages prennent le dessus par rapport aux limites. Chaque fois que ces dernières se présentaient, elles n'étaient perçues que comme un objet de travail qui se présentait pour enrichir l'activité créatrice.

Le grand avantage de cette méthodologie dialoguée tient à la qualité des données recueillies et des résultats produits. Ayant laissé les phénomènes de transfert et de contre-transfert prendre la place centrale, la méthodologie utilisée nous a placée à l'intersection de ce croisement intersubjectif, ce qui nous a rapprochée des sujets et, par conséquent, des données dans leur état brut et naturel. C'est-à-dire que l'approche a privilégié l'évolution normale des choses. Les acteurs de terrain, qui faisaient partie de la population participant à la recherche-action, étaient comme dans leur milieu « naturel » : Entre-nous et Chez-nous. Ce qui nous a permis d'être près de la réalité qu'on ne peut trouver nulle part ailleurs que dans le contexte d'un Entre-nous et d'un Chez-soi. Cependant la quantité des données, abondantes et éprouvantes, requiert du chercheur une énergie psychique et un temps matériel hors du commun pour les analyser. Comme il n'est pas possible de les épuiser, cela ne peut pas ne pas causer au chercheur un sentiment de perte énorme, qu'on essaie de surmonter par le fait de se dire : « Tant mieux, cela m'a fort aidée dans l'élaboration, l'essentiel est que j'ai pu atteindre mes objectifs, le reste des données me servira peut-être plus tard et le temps pour les recueillir a fait son œuvre ».

Un autre avantage réside dans la simultanéité des actions de recherche et d'intervention, avec des responsabilités partagées. Chaque personne contribuait à sa façon au changement de soi et à celui de l'autre. L'expérience traumatique de l'un est relativisée par celle de l'autre. La tâche était partagée, les premiers moments d'analyse des données ont dû interpeler le point de vue de chacun des acteurs. Tout au long du déroulement de la séance, nous avions à trouver le sens, à poser des hypothèses de travail et à faire appel à chacun des acteurs pour considérer leur point de vue par rapport aux enjeux qui se mettaient en scène. Les moments post-séance qui réunissaient uniquement les facilitateurs du groupe de soutien permettaient aussi plus de compréhension. C'était aussi l'opportunité de nous écouter nous-même face à notre double mission, celle de chercher et de soigner. Chaque séance s'ouvrait par l'analyse de la précédente et ainsi chaque acteur contribuait à donner sens au matériau libéré.

Bref, la méthodologie dialoguée fut le seul moyen qui nous a permis de co-produire un savoir, le long du travail d'élaboration autour des ressentis de chaque participant. Le savoir co-produit ne pouvait être construit par le patient/sujet-objet de la recherche tout seul ; non plus par le thérapeute/chercheur. Chacun comptait sur ce que l'autre sait, sent, peut, voit, pense, aspire, prédit, etc.

La seule chose, mais non négligeable, que nous pouvons souligner comme limite, c'est que cette approche est extrêmement fatigante. La complexité de la question posée, l'enchevêtrement des problèmes polymorphes qui l'entourent, la traversée singulière de

chaque sujet, ont contribué à l'impossibilité d'établir un cadre fixe. Cela a donc demandé beaucoup d'énergie, surtout psychique, pour travailler la perméabilité des frontières du cadre, un certain tâtonnement, un bricolage, des essais et erreurs, qui contribuaient à l'accentuation de notre angoisse due principalement au fait de combiner le pôle de la recherche et celui de l'intervention, dans une logique qualitative, avec des glissements dans des transferts et contre-transferts massifs que l'on déchiffre facilement tout au long de nos interventions. Nous avons eu l'impression qu'entreprendre une recherche sur un terrain glissant comme le nôtre, c'est-à-dire un terrain de traumatismes extrêmes qui fournissent des données très éprouvantes, devrait être appuyé par un autre dispositif de gestion de ces transferts et contre-transferts. C'est une des raisons principales qui nous ont obligée à décider nous-même de retirer tout le mois d'avril des 8 mois que nous avions à passer sur le terrain. Cependant, pour les acteurs, nous avons compensé cette suppression d'une rencontre utile pour eux par l'initiation de séances précommémoratives. Les fantômes d'avril se pressaient déjà à la porte de chacun bien avant même qu'avril n'arrive. Toute la durée du génocide semble se concentrer en un seul mois qui devient toute une éternité de souffrance. Paradoxalement, c'est toute cette réalité qui a généré la construction d'une méthodologie particulière qui exigeait de nous des mouvements continuels d'implication et de distanciation. Toute cette démarche a abouti à un ensemble de résultats. Nous ne mettons en évidence que ceux qui sont en rapport avec l'objectif de notre recherche-action : *aménagement des espaces d'intervention pour la reconstruction psychique*.

2. Nos résultats

Cette thèse a emprunté un itinéraire fascinant, avec des données immenses, difficiles à traiter dans toutes leurs dimensions. Cependant, elle aboutit à une construction consistante qui apparaît dans un format réduit, mais vital. Il s'agit de la création des espaces Entre-nous et Chez-nous. Ils donnent existence à un autre espace, qui est celui de l'Entre-génération. On comprend par-là le processus de création et de mise en place des espaces pour adultes et enfants de générations différentes. Le premier espace conçu fut l'Entre-nous, le second fut le Chez-nous. Ce sont les enjeux interactionnels qui se produisaient dans ces deux espaces qui nous ont fait remarquer l'existence automatique de l'Entre-génération. Abordons d'abord le vécu de cet adulte et celui de l'adulte de demain qu'est l'enfant, qui nous a imposé la création des espaces particuliers. Leur vécu est complexe. L'adulte résume son vécu en statut de *vie sans vie* et le vécu de l'enfant est perçu comme celui d'un *enfant sans enfance*.

2.1. Adulte, en vie sans vie

Réaborder cette réalité de *vie sans vie* que nous a exposée l'adulte représenté par la mère, suppose de repartir par exemple de quelques fragments de récits qui l'expriment et qui en expliquent le sens :

(...) Dehors, on fait semblant de faire comme les autres, mais sache que la vie que nous menons n'est pas une vie, c'est plutôt une vie sans vie. (Margo)

(...) Moi je me dis que le génocide a pris siège. Regarde comme nous sommes, en vie sans vie, faire semblant d'exister sous le regard du voisin moqueur, cacher sa souffrance au moment où les autres la manifestent, se cacher comme si c'était toi le tueur, le génocide que nous avons subi n'est pas comme celui des autres, le nôtre ne finit pas, c'est un génocide individuel que chacune des mères garde pour soi, je dirais que nous, nous avons connu la deuxième mort, qui nous impose la vie sans vie... je n'ai jamais cessé de me poser la question de savoir quand réellement le survivant trouvera la paix, chez soi, en soi, parmi les autres ? (Concillia)

Les situations cliniques rencontrées tout au long de cette thèse questionnent sans cesse la clinique du traumatisme psychique issue de la violence intentionnelle de l'homme sur l'homme. Elles (re)questionnent sans cesse le sens du traumatisme psychique. Jaques Roisin le définit comme suit :

Un traumatisme psychique se produit suite à une menace pour la vie ou pour l'intégrité psychique ou physique ; cette menace a fait effraction dans le psychisme, la personne y réagit avec effroi et dans un sentiment d'impuissance ; ensuite, l'évènement effrayant reste non intégré au psychisme, revenant de façon compulsive dans des cauchemars, dans des souvenirs, dans des sensations de reviviscence ou comme menace imminente (Roisin, 2010, p.1)

Lorsque nous portons un regard transversal sur les propos des personnes adultes avec qui nous avons travaillé, nous pouvons dire qu'elles tentent de définir dans ce qu'elles appellent de la « *vie sans vie* » leur vécu traumatique du double destin que constituent le vécu du génocide et la contamination par le VIH/sida qui lui est consécutif. Cette représentation résume la traversée singulière et différente de chaque personne par rapport au génocide et à l'infection au VIH. Chacune d'entre elles explique ce qui fait que la vie lui paraît comme une vie sans vie. Il s'agit principalement de l'inscription traumatique du génocide en soi qui anéantit toute l'intégrité aussi bien psychique que physique. Après-coup, le VIH/sida apporte une re-signification par le fait qu'il réactive les souvenirs du passé, sans oublier les multiples deuils de leur histoire, qu'il leur est difficile d'intégrer. Quand elles essaient d'organiser un récit autour de ce double destin, nous avons remarqué des phénomènes particuliers qui témoignent de l'impossibilité de se représenter ces deux héritages.

a. L'effondrement en émotions

Les émotions atteignent souvent un niveau paroxystique. Ce dernier était très contagieux et nous avons eu l'impression que ce phénomène renvoyait chacun des membres du groupe à son passé. Dans la logique de l'évolution dynamique du groupe de soutien où nous nous rassemblions, il s'agissait d'un phénomène qui suivait la phase d'hésitation. Nous avons eu l'impression que c'est ce phénomène qui déclenchait des transferts et contre-transferts massifs. Le partage qui s'en est suivi a montré que la dynamique du groupe passait à une autre phase, celle de la cohésion, voire de la fusion, où chaque membre est arrivé à se sentir dans son propre lieu, bien entouré par ses pairs, rassemblés dans un

espace bien contenant, créé par les mères pour chacune d'entre elles, malgré la différence de générations. Signalons que dans la dynamique du groupe cette phase de cohésion, presque fusionnelle, a pris plus de temps et c'est à ce moment qu'il y a eu possibilité de créer, de se comprendre les unes les autres et de relativiser les souffrances afin de pouvoir passer à la toute dernière phase, celle de différenciation.

b. Un silence de mort

Nous pouvons comparer ce genre de silence au pire anéantissement, tel qu'en parle Roisin (2010). La personne manque de mots pour exprimer son vécu. Nous y avons déchiffré un enchevêtrement de problèmes complexes issus des vicissitudes connues dans la vie pré-, péri- et post-génocide et qui se sont condensées « pendant » le génocide. Cette réalité place la personne dans un gouffre profond, un chaos émotionnel, caractérisé par un silence étrange. Quand elle parvient, rarement, à mettre des mots sur son état, seuls les qualificatifs qui renvoient à la mort sont utilisés, pour confirmer ce que celles qui ont pu témoigner de leur vécu ont déjà exprimé. C'est ainsi que l'on entendait des appellations paradoxales comme « *mourir étant vivant* », « *mourir debout, la pire des morts* », « *la deuxième mort* », « *le génocide individuel...* ». Ou la personne apparaissait tellement triste, disant simplement qu'elle n'avait pas de problème, ou « *c'est tout ça* ». Chez ces personnes, leur souffrance semblait avoir obstrué la source de la parole. C'est ainsi que l'on entend souvent dire : « *ce sont les effets de l'histoire, (ni amateka)* », ou simplement « *iminsi* » (les jours), comme Nélice le disait, pour souligner que la superposition des épreuves traumatiques fait taire. Autrement dit, quand à une épreuve attristante s'en ajoute une autre, l'individu peut verser des larmes voire des sanglots, quand les épreuves continuent à s'entasser, ça devient trop, les larmes tarissent, les mots ne sortent plus et le silence occupe la place comme mode de communication essentiel de la personne.

Dans les premiers moments de notre travail autour du silence, nous avons eu l'impression qu'un tel silence était le signe que la personne était complètement anéantie au point qu'elle ne pouvait se ressaisir que difficilement. Mais ensuite nous avons remarqué que, pour certaines personnes, même si un tel silence intriguait les pairs. Il y avait pourtant un réel travail d'élaboration qui s'effectuait intérieurement. Le silence de mort fut alors perçu comme un silence éloquent, comme le cas de Letty le met bien en évidence.

c. Un silence chargé

Ce genre de silence, qui a tant intrigué certaines personnes avec qui nous avons co-construit ce dispositif, a fait l'objet de notre première réflexion approfondie dans l'élaboration de la méthodologie qui exigeait de nous d'être placée près de la personne en souffrance, ce qui s'écarterait des méthodologies de recherche classiques (Uwineza et Brackelaire, 2012). Ce phénomène indique bien que le vécu singulier d'une personne peut s'exprimer autrement que dans le langage verbal. Le silence en soi nous est apparu comme le contenant d'une multitude d'informations, un réservoir de secrets qui nécessite du temps pour être exploré afin d'en saisir le contenu et le restructurer, pour qu'il puisse participer à la reconstruction du sujet (Uwineza et Brackelaire, 2012). Le silence chargé était teinté d'un mélange de tristesse et d'agressivité orientée vers un malfaiteur inconnu. On songe au

propos de l'une des mères lancées avec sagesse comme pour encourager les paires à sortir dans ce silence :

Que l'ennemi ne trouve personne à qui se confier. Qu'il soit privé de l'espace d'expression. Qu'il perde son contrôle de garder secret. Que l'ennemi se mette dehors (se dénude) comme un spadice porté à l'inflorescence (inopfu). Qu'il demeure sous l'emprise de la solitude. Je ne proclame pas la malédiction, je proclame plutôt la bénédiction !

Plus tard, quand la dynamique du groupe a permis d'explorer chez certaines personnes ce qui se terrait au fond du silence chargé, on a remarqué que la peur, la honte, la tristesse, le désarroi et l'amertume dominaient le sujet et « bouchaient la source de la parole » (Armando, 2015). Chaque mère en a témoigné un jour, chacune singulièrement ; toutes ont exprimé ce qui est au fond du silence à travers la série des malédictions orientées vers le génocide qu'elles avaient personnifié, vers son initiateur, son exécuteur et toute personne fictive qui fait mine de ne rien voir, alors que le survivant en souffre encore et que l'enfant éclate en sanglots. Ces moments de silence chargé, de silence de mort furent ceux qui ont requis beaucoup d'énergie psychique chez les membres du groupe. Ils pouvaient pousser certaines personnes à émettre des propos éprouvants qui faisaient fondre les plus fragiles en larmes. À ce moment, le temps n'avait plus de temps, l'espace n'avait plus de lieu, comme le dirait Thouret (2004), le présent, le passé fusionnaient en un passé hyper-présent et douloureux. L'horizon de l'avenir était inaccessible. Le moi se cachait dans le nous, le sujet ne désirait rien d'autre que demeurer là, loin du monde menaçant. C'est cet espace sans lieu, qui devint plus tard l'Entre-nous. On ne brise ce silence que par la simple présence de l'autre. Ce qui signifie que l'on cesse alors de vivre le temps matériel pour vivre un temps psychologique. Cela rejoint ce que l'une des mères, luttant pour aller au-delà de l'état dépressif qu'elle a vécu dans un silence chargé, nous a partagé en essayant de chasser le passé hyper-présent :

Ejo¹²¹ harassize. Ejo handi, ntiharaza. Ejobundi, ibyaho simbibona neza. Kubaho ni none, ni uko nabyo bidashoboka. Ni ukwemera kubaho utariho ! Littéralement, cela veut dire : *Hier (le passé) est déjà passé, demain (le futur) n'est pas encore là. Le surlendemain n'est pas clair. Vivre n'est qu'aujourd'hui. Malheureusement, ce n'est pas aussi possible. Il faut accepter de mener une vie sans vie. Autrement dit : Le passé (hier) c'est oublié, ce qui s'est passé, c'est du passé, oublions-le. Demain (l'avenir) n'est pas encore près de moi et je ne vois pas clairement ce que nous réserve l'après-demain, car l'après-demain, c'est loin. Vivre c'est aujourd'hui, même si ce n'est pas aussi évident ! En fin de compte, acceptons de vivre sans exister !*

Avec ces propos, le temps est à considérer au sens de Paul Ricœur : « ...la spéculation sur le temps est une rumination conclusive à laquelle seule réplique l'activité narrative » (Muriel, 2001, p. 29). En observant les personnes, prises dans un silence chargé, on lisait une sorte de solitude sans bornes qui faisait penser à un contexte de dépression, de confusion, surtout sur la temporalité. Le temps psychologique prime sur le temps matériel. Pour ces personnes, on dirait que le passé, le présent et l'avenir se confondent sur le terrain

¹²¹ En Kinyarwanda, le temps passé (proche) et le futur (proche) ont un même nom *Ejo* (hier et demain). *Ejo* peut aussi s'utiliser pour parler de l'avenir lointain. Seul le contexte aide à saisir le sens.

psychique. Comme l'indique le témoignage précédent, tout se passe comme si la personne vivait à l'instant présent. Pour le reste, « *Dieu seul sait si le futur sera un jour accessible* ».

Dans un tel contexte, le seul souci était de s'interroger quant à savoir si le dispositif en construction serait réellement fécond et pourrait un jour permettre la construction d'un pont pour faire sortir les personnes de la mort et les faire revenir à la vie. C'était le moment de s'écouter les uns les autres, de travailler sur ce qui ne se disait pas, ce qui n'était pas prêt à être partagé. Autrement dit, dans notre façon de faire, nous accordions un temps au travail intérieur sur ce qui ne se disait pas. Si le sujet parvenait à surmonter ce dont il souffrait, c'était le signe qu'il avait atteint le stade de développement psychique qu'est la capacité d'être seul, sans support au moi offert par l'autre (Winnicott, 1958). Dans cette capacité d'être seul, nous n'ignorons pas le rôle qu'a joué la parole issue de la rencontre avec l'autre, qui n'a cessé d'encourager ou de compatir par sa présence et son soi tel qu'il est.

Face au silence de mort, au silence chargé, on pense à Sironi (1999) qui souligne que le traumatisme est un temps inaugural, que le passé devient hyper-présent et que le présent n'agit plus comme fonction de délimitation par rapport au passé. De notre côté, nous ajoutons que le poids des fantômes d'avril 1994 resurgissait soudainement dans le psychisme du sujet et acculait à la confusion entre le présent et le passé traumatique. Cela se produisait fréquemment pendant le temps commémoratif, ces mois de fragilité extrême, « où les larmes suintent par tous les pores, où les yeux se ferment sur le monde alentour pour mieux voir au tréfonds de soi-même » (Métraux, 2004, p. 149). Les effets du trauma ont mutilé toute possibilité d'avoir recours au langage ordinaire. Dans ce cas, existent différentes formes de langage pour exprimer la souffrance qui laisse le sujet fixé dans son passé douloureux : le silence de mort, le silence chargé ou l'effondrement en un « océan de larmes » et le sujet devint inconsolable.

À écouter ce qui se mijotait au fond de ces silences imposés, on pense à cette assertion : « Si vous voulez savoir pourquoi je n'ai rien dit, il vous suffira de chercher ce qui m'a forcé de me taire » (Cyrulnik, 2010, p. 7). C'est presque ce que les Rwandais disaient dans ce dicton autour du silence dans le contexte de traumatisme : « *Uvuga aba atarabona* », c'est-à-dire « Celui qui peut dire n'a rien subi ». La possibilité d'élaborer un trauma n'est possible que quand on parvient à s'en débarrasser. Les Rwandais diraient : « *Ukize inkuba arayiganira* », ce qui signifie : « C'est celui qui échappe au coup de tonnerre qui peut en parler ». C'est ainsi que dans le cadre de cette recherche-action les méthodes ESI se sont proposées de combiner le pôle d'intervention et celui de la recherche. Dans un tel contexte, ces deux pôles pouvaient se compléter. L'intervention était mise à l'avant-plan, pour passer à l'exploration du fond du silence afin de tenter d'approcher son contenu. Le pôle 'recherche' y trouvait le matériau pour essayer de comprendre ce silence. Évidemment, cela n'était possible que quand nous parvenions à l'explorer à fond par l'intervention. Soulignons que cela n'a jamais été fait dans l'immédiat. L'exploration du silence nous a demandé du temps, des moyens, du savoir-faire et du savoir-être dans les mouvements d'implication et de distanciation. Mais ajoutons que l'élaboration qui se faisait autour de ce silence par d'autres membres du groupe était aussi d'une énorme richesse.

d. Un silence culturel

On ne doute plus que les effets du trauma empêchent toute possibilité narrative, mutilent l'identité du sujet (Métraux, 2004). Disons que le trauma impose le silence. Mais que se passe-t-il une fois que le silence imposé (chargé, de mort) se heurte au silence culturel ? Tout au long de cette recherche, nous avons entendu à plusieurs reprises, chez la personne adulte, des interventions comme :

Tout ne se dit pas. Tout n'est pas accessible. Ce n'est ni le temps ni le moment. On ne se déshabille pas devant les enfants. On ne se déshabille pas dehors. Mieux vaut taire que dire, à quoi ça change si ce n'est que se mettre dehors et créer le pire ? Veux-tu réellement ouvrir le livre de nos cœurs ? Je te préserve de cette merde, etc.

Au-delà du silence chargé, du silence de mort, se surajoutent les effets de la culture qui s'organisent pour barrer le chemin de la narration de l'histoire traumatique et qui montrent bien la polysémie du silence. Certaines personnes préféraient garder silence. Même si le dispositif se construisait en proposant des espaces d'échange, la résistance culturelle n'a cessé de se manifester : la teinture de la locution *Kirazira...* (« Il est interdit de... »), la responsabilité et le devoir de protéger l'enfant, celui de contenir les secrets par le fait d'« enterrer loin dans le ventre » (Lebon, 2012), existent encore et/ou se sont remobilisés chez le survivant et pouvaient aussi constituer une résistance à la libération de la parole. Il y avait aussi une sorte de contestation du dispositif qui consistait à avoir recours aux mots : les mots qui ont tant détruit et qui s'imposent encore comme l'outil indispensable pour la reconstruction.

Du silence culturel, on en fait des allégations multiples : « *Le silence est l'une des caractéristiques culturelles des Rwandais, les Rwandais ne parlent pas beaucoup, les Rwandais sont silencieux, même dans la souffrance, ils sourient étant tristes* ». Nous avons appris des sages rwandais que leur silence n'a jamais été glacial ni mortifère comme celui qu'impose le trauma. Le silence culturel des Rwandais correspond plutôt à un moment de réflexion. Le silence culturel est dans ce sens perçu comme un temps de latence, pour produire ce qu'il faut au moment opportun. Même si le silence culturel a contribué longtemps à barrer le chemin de l'élaboration de la souffrance, nous avons quand même remarqué dans ce silence un autre versant positif qui ouvre sur la faculté reconstructrice du sujet. En effet, devant les cas de silence imposé, le silence culturel des autres contribuait à les faire sortir progressivement de ce silence mortifère par leur façon de *dire sans dire*, mais en approchant la réalité. L'étranger à leur langage dirait que dans *dire sans dire* on ne dit rien ! Au contraire, c'est effectivement une autre forme de silence par rapport à la réalité qui fait mal ou qui fait l'objet d'un secret à garder. On l'approchait par le recours au langage métaphorique, humoristique ou simplement par l'utilisation d'un autre langage qui pouvait amortir le choc que pouvait causer le fait de nommer brutalement la réalité qui entoure la souffrance du sujet. Ainsi, progressivement l'élaboration interne s'opérait chez les personnes qui étaient tant demeurées sous le poids du silence imposé.

Toutes ces formes de silence indiquent bien que le silence est polyvalent mais aussi polysémique. Lorsque nous avons parlé de silence imposé, de torture qui fait taire, sans

doute est-il davantage question d'interdit de dire, de « silention », terme de P. Lévy qui renvoie à « l'horreur de se sentir coupé de toute possibilité d'un dire sur ce qui conduit aux chemins de la terreur » (1997). Le silence « chargé », « éloquent », peut ouvrir sur un dire allusif, il peut faire office de point de nouage entre les mères (Kaës, 2005). Il y a là un usage bienfaisant du silence qui peut ouvrir déjà un itinéraire vers la reconstruction psychique. Le silence a tant servi de préalable précieux avant la prise de parole, comme une façon de nous exhorter à la discrétion nécessaire du cadre d'accueil. Il porte en soi la pudeur lorsque le sujet est confronté à l'évocation des histoires atroces. C'est ainsi qu'il ouvre l'accès à un dire allusif ayant le rôle d'amortir le coup de l'information. Il protège ainsi non seulement l'auditeur mais aussi le locuteur. Dans le cas des personnes chez qui le silence constitue un mode de communication essentiel, comme Nadège, ou chez qui le silence a été connoté d'éloquent, comme Letty, nous avons trouvé que les moments de coupure s'espacent pour mieux procéder à la réorganisation du récit et de l'écoute, à l'activation de pensées, d'émotions et de ressentis internes qui pouvaient s'extérioriser (Waintrater, 2000). Les plaintes et les lamentations, quant à elles, seraient un premier recours contre la silention, une attente de restauration de la parole.

Ce « jeu » de mots, de silences, d'émotions, de phénomènes étranges pour exprimer les ressentis, était un moyen qui se construisait pour s'ajuster à la réalité interne et externe. La première est régie par les souffrances multiformes du sujet qui se condensent dans leurs deux héritages traumatiques. Le second est régi par le contexte qui caractérise l'environnement, lequel influe beaucoup sur le quotidien du survivant. Nous avons constaté que le quotidien du survivant s'organise en fonction du contexte du pays, qui détermine le rythme de la vie de chacun. Ce contexte est caractérisé, comme nous l'avons indiqué, par deux temps : le temps qu'on peut qualifier de « normal » et la période commémorative, où des débordements patents étaient perceptibles, surtout tout au début de l'initiation de nos groupes de soutiens. Nous avons souligné plus haut que les contextes internes et externes requièrent du survivant une énergie psychique considérable pour continuer la vie dans un tel environnement. Cela a conditionné impérativement la dynamique du groupe de soutien.

En revoyant cette dynamique, on constate qu'elle a évolué en trois phases qui ne se chevauchent pas. On lit, en filigrane de nos résultats, une dynamique qui part d'une phase d'hésitation, passe par une phase de cohésion presque fusionnelle, pour aboutir dans une phase de différenciation, qui n'a jamais été complète. Soulignons que pendant la phase fusionnelle se sont produits des moments forts de transfert et de contre-transferts massifs qui ont été à l'origine de la création d'autres actions pour aménager des espaces de reconstruction en fonction des besoins qui se présentaient. C'est ainsi que l'ouverture de l'espace « enfant » a eu lieu, ainsi que la mise sur pied des séances précommémoratives, puis finalement la troisième phase, qui n'a pu être menée totalement à son terme, phase pendant laquelle la mère tentait de se distancier du collectif pour s'individualiser, sans s'écarter de la communauté et de son groupe d'appartenance. Ce constat indique que les séances de ressourcement resteront d'une importance incontournable pour continuer le processus de reconstruction, en solidifiant les éléments puisés dans le groupe.

Qu'en est-il du récit ? Nous avons eu l'impression que parler ou garder le silence alternaient en fonction du climat tant interne qu'externe que nous venons d'explicitier. Rappelons que le récit indiquait d'emblée que l'histoire du sujet est scindée en deux temps : l'avant et l'après, le repère étant le génocide, gouffre sans fond qui a imposé l'éternité des souffrances du « pendant ». Son avant et son après se concentrent ainsi dans ce gouffre et tout devient génocide, comme s'il était personnalisé au point de le rendre coupable de tout. Cette réalité se manifestait dans des propos du ce genre-ci : « *Tout est génocide* », « *Si le génocide n'avait pas eu lieu, il n'y aurait pas eu de viols, de veuves, d'orphelins* », « *J'attribue la faute au génocide, c'est lui qui nous a bouché la bouche et qui a fait de notre histoire un proverbe que personne ne peut raconter.* »

Des propos de ce genre étaient émis pour souligner l'inscription définitive du génocide dans le corps des mères violées, qui se retrouvent ensuite infectées par le VIH, porteuses de responsabilités qui dépassent leurs capacités de gestion. La plus troublante de ces responsabilités réside peut-être dans la transmission que l'on doit offrir à la jeune génération qu'incarnent tous les enfants, les siens, ceux de l'autre, de personne, de partout et de nulle part que le génocide a légués au Rwanda. Ainsi, face à la superposition du VIH/sida au génocide, il devient impossible de s'en faire une représentation, ainsi que l'organisation d'un récit autour de ces deux tragédies. Seule l'occultation de l'une ou de l'autre permettra d'élaborer un récit. Autrement, le survivant évoque cette réalité inconcevable sous une autre forme pour contourner sa réalité mortifère. L'ensemble de ces deux réalités constitue pour le survivant une deuxième mort ou un génocide individuel. La mémoire n'est possible qu'individuellement et dans un groupe restreint comme celui de l'Entre-nous, car le survivant infecté par le VIH/sida se retrouve toujours seul, enfermé dans une position d'impuissance, malgré la présence des autres. La mémoire collective par rapport au génocide est assurée pendant toute la période commémorative, mais malheureusement, pour le survivant infecté du VIH/sida dans le contexte génocidaire, « *il y a un autre problème porté discrètement* » qui le rend muet et cette mémoire individuelle le hante et l'empêche de s'intégrer dans le corps social. Il ne trouve qu'un peu de secours et de protection dans les groupes de soutien de l'Entre-nous et du Chez-nous. Pour cette mémoire collective, les mères avec qui nous avons travaillé nous ont témoigné qu'elles ont connu et vivent encore *un génocide individuel* et sont obligées de faire semblant qu'elles sont bien portantes pour éviter le regard et la parole de l'autre non compatissant. Nous avons compris cela comme une sorte de soumission à la demande du dehors. « *Les mauvais jours (iminsi mibi)* » se réinstallent, au moment où les autres survivants, ensemble avec le reste de la communauté, trouvent l'occasion de prononcer le *Never again*. Pour ces mères, le génocide est perçu comme un fait sans fin, qui se prolonge éternellement dans leur corps à travers la maladie. Voilà exactement des *Crimes que l'on ne peut ni punir ni pardonner*, comme l'indique Antoine Garapon par l'intitulé même de l'une de ses œuvres (Garapon, 2002). Comment ne pas citer ici à nouveau cette assertion que nous devons à Marie-Odile Godard : « Ce n'est pas la fin d'un génocide qui achève un génocide » (Uwineza & Brackelaire, 2014, p. 147) ?

La plupart des éléments qui viennent d'être relatés se réfèrent principalement à la personne adulte représentée par la mère. Nous voulons maintenant aborder ce qui est lié à l'enfant, cet adulte de demain fort présent dans nos réflexions. L'adulte qualifie le statut de l'enfant dans le Rwanda post-génocide comme un « enfant sans enfance ».

2.2. *Enfant sans enfance*

Rappelons d'abord que l'enfant qui est au centre de ce travail, nous ne l'avons rencontré que dans un temps relativement court par rapport à celui consacré à la mère. Cependant, c'est sa place au cœur de nos réflexions qui nous a permis de déboucher sur ce dispositif en deux versants : Entre-nous et Chez-nous, et sur le concept de l'Entre-génération, ainsi que de nous rendre compte des phénomènes qui s'y produisent, notamment le travail autour du devoir et du droit de la transmission. Rappelons également que dans la présente recherche-action, le terme enfant englobe aussi l'adolescent et le jeune adulte. Il y a même des mères qui sont toujours nommées enfants. Les différentes situations étudiées laissent l'impression que certains de ces enfants restent accrochés au centre plutôt que de se situer d'un côté ou d'un autre : « multiâge », « transgenre », « multi-identitaire », pour finalement se retrouver asexué, « privé de l'identité ». Paradoxalement, cette réalité ne les empêche pas tous de rêver et de se projeter dans l'avenir positivement. Il s'agit d'un contexte complexe qui demande à l'adolescent un travail psychique énorme pour se retrouver, se différencier, rester soi et exister. Mais en général, on dirait que les expériences traumatiques ont apporté une maturation précoce à l'enfant et que les responsabilités qu'il assume en conséquence gommant les souvenirs liés à la vie d'enfance. C'est la raison pour laquelle presque tous les enfants qui ont connu des expériences traumatiques se définissent comme des *enfants sans enfance*. Cependant cette réalité est uniquement remarquable chez les enfants sans parents ou dont les parents n'ont pas pu assumer leurs responsabilités parentales vis-à-vis de cet enfant pour des raisons multiples.

Dans le contexte que nous évoquons, on constate combien la nouvelle forme d'organisation sociétale oblige les chercheurs à revoir le sens que détiennent certains concepts tels que la famille, la parentalité, la filiation et l'affiliation. La notion de responsabilité s'impose particulièrement pour comprendre le nouveau sens de ces notions dans le Rwanda post-génocide, comme Uwera Kanyamanza & Brackelaire (2011) l'avaient aussi souligné. Seuls quelques enfants – nous n'en connaissons que 4 parmi les sujets de notre recherche – vivent avec leurs parents qui leur offrent cette opportunité de vivre pleinement leur enfance. Pour les autres, quand ils se plaçaient dans leur position d'adulte ou d'homme, ils se définissaient comme des *enfants sans enfance*. Dans un langage humoristique qui camoufle leur souffrance, ils pouvaient même se permettre de lancer des critiques sur les adultes, de dramatiser leur rôle paradoxal. Nous songeons à Bénie qui, reprenant l'histoire de Didier, soulignait qu'il est le médecin de sa mère, son protecteur, qu'il est comme le mari de sa mère, et par conséquent son propre papa, en fin de compte tout pour sa mère et pour lui-même ! En général, nous avons constaté que les enfants qui vivent en harmonie avec leurs parents biologiques et ceux qui sont bien traités dans leur

famille d'accueil gardent le privilège de jouir de leur enfance, malgré qu'ils vivent avec le VIH/sida.

Que dit l'enfant par rapport à ce double héritage traumatique qui hante à jamais la mère ? Il questionne et la réponse est unique : « *Ce sont les conséquences du génocide* ». Et le questionnement s'accroît au point de pousser la mère à divulguer le secret. « *Qui ?* » ; « *Quoi ?* » ; « *Quand ?* » ; « *Comment ?* » ; « *Où ?* » ; « *Pourquoi ?* ». Pour l'enfant, tous ces questionnements visent à explorer à fond le génocide, au point de pousser la mère à aller au fond de son silence. Alors qu'au sujet du génocide la mère préfère tout oublier, l'enfant souhaite tout connaître et vite. Et le VIH/sida, qui fait que la mère ne parvient jamais à oublier, est pour l'enfant « *la maladie de la mère* ». Nos analyses n'ont pas pu aller jusqu'à explorer profondément la question de la mémoire, du temps et du récit par rapport au génocide et au VIH/sida chez l'enfant, comme nous l'avons fait chez la mère. Les seules fenêtres que le temps passé avec l'enfant dans son espace du Chez-nous nous a permis d'ouvrir donnent accès à la question de la transmission, qui est aussi multifacette. Nous avons porté notre regard seulement sur la dimension qui souligne qu'en fin de compte le génocide est un fait sans fin. La transmission mise en évidence se structure dans la maladie. Mais en réalité elle se structure dans son histoire. Ainsi elle se montre complexe, car la maladie en soi n'est pas réellement une maladie selon la conception du survivant. Il s'agit d'un autre coup, qui se superpose à l'autre, et ainsi représente l'aboutissement du plan exterminatoire. Cela signifie que le VIH/sida consécutif au génocide n'est pas conçu comme une maladie, mais comme un outil de destruction, un traumatisme qui se superpose à l'autre pour éterniser sa potentialité mortifère par le fait de réactiver le passé et le prolonger jusqu'aux nouvelles générations elles-mêmes. C'est devant de tels contextes que l'on peut affirmer que, pour que la vie soit possible chez le survivant, il doit essayer de se dissocier de son expérience traumatique et que, chez son descendant, la vie ne sera possible qu'en assumant cet héritage en entier (Altounian, 2000).

Bien que nous n'ayons pas eu le temps d'explorer à fond tout ce qui ressort concrètement de l'espace « enfant », les résultats de cette recherche-action nous paraissent être à la hauteur de l'objectif fixé. Nous avons pu approcher le vécu du survivant infecté par le VIH/sida et surtout nous avons pu mettre en place deux espaces d'intervention : Entre-nous et Chez-nous. Nous suspendons notre thèse au bord de multiples questionnements quant à la transmission transgénérationnelle en rapport avec ce double destin. Dans l'après-génocide, les notions telles que celles d'enfant, adolescent, jeune adulte, parent, famille mériteraient d'être revues en fonction des nouvelles structures qui se manifestent dans l'après-génocide. Nous n'ignorons pas les recherches antérieures ayant approché cette question (Uwera, 2012), ni les réunions multiples des membres des associations de survivants du génocide perpétré contre les Tutsi pour tenter de résoudre les différentes questions qui se posent autour de cette réalité complexe. Cependant, c'est cette même complexité qui devrait renforcer les recherches. Nous pensons que ce pourrait être une de nos préoccupations ultérieures, particulièrement en approfondissant la transmission transgénérationnelle chez la jeune génération qui est devenue parent. Un jeune chercheur pourrait être tenté par la réalité des parents sans enfants connus dans l'après-génocide sous

le nom d'INCIKE, ces personnes de générations différentes qui ont perdu tous leurs enfants pendant le génocide.

Comment ces espaces Entre-nous et Chez-nous peuvent-ils contribuer à apporter des réponses, aussi modestes soient-elles, aux questions que chacun se pose ? Avant d'en arriver là, comment ces deux espaces contribuent-ils à aider l'enfant à se reconstruire un avenir positif ? Comment, dans l'Espace Chez-nous, le récit pourrait-il se structurer par rapport au double destin qui nous a préoccupée tout au long de cette recherche-action ? Autrement dit, que nous dit l'enfant au sujet du temps, du récit et de la mémoire ? Ce n'est pas une question qui est restée inexplorée. Quelques ébauches de solution ont été mises en évidence. Cependant, comme nous avons quitté le terrain avec le sentiment que le travail auprès des enfants était tronqué, nous aimerions que les travaux futurs puissent s'y atteler. Le peu que nous avons pu apercevoir montre que, au moment où le récit de la mère divise le temps en deux temps – l'avant et l'après, séparé par le gouffre du pendant –, chez l'enfant, il n'y a que deux temps : maintenant et demain, c'est-à-dire le présent et l'avenir. L'avant – le génocide – demeure dans l'ombre, mais le désir de l'éclairer est très ardent. On le voit à travers les questions que cet adulte de demain pose à l'adulte d'hier. Pour l'enfant, on parle du passé comme de quelque chose qui est placé loin, qui lui est inconnu (CE passé), tandis que pour l'adulte, c'est un passé fort présent qu'il a fait ou qu'il essaie de chasser, mais en vain, il a déjà eu un vécu (SON passé) (Lebon, 2012). L'emploi de l'adjectif démonstratif se rapportant au passé, en contraste avec le possessif, peut-il traduire le devoir de transmettre par celui qui sait, qui a vu, qui a senti, à celui qui a entendu dire, qui n'a pas de souvenirs ? Cette question tente d'approfondir la façon dont on peut rentabiliser les deux espaces, dans la logique de permettre à la personne adulte, plus âgée, de continuer d'assumer la responsabilité (re)vivifiante de l'acte de transmettre.

2.3. L'Entre-nous, le Chez-nous et l'Entre-générations

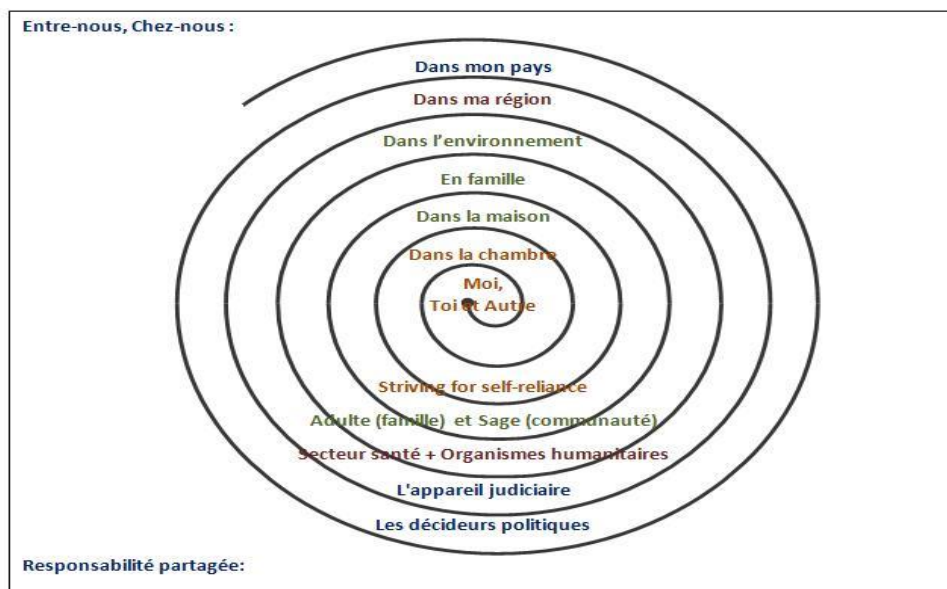
La présente thèse montre que le processus de la reconstruction entreprise dans les situations que nous avons abordées débouche, peut déboucher ou en appelle à déboucher sur les espaces de l'Entre-nous et du Chez-nous. Notre recherche-action peut être vue comme un révélateur, un révélateur de ce qu'il en est pour ces « mères » et ces « enfants », de ce qu'il en est et de ce à quoi ils en appellent, psychiquement, socialement, culturellement, thérapeutiquement. Nous pouvons affirmer maintenant, et là réside à nos yeux la thèse ici défendue et que toutes les pages qui précèdent contribuent à consolider, que ces mères et ces enfants en appellent à la re-création et à la remobilisation d'un Entre-nous et d'un Chez-nous. C'est en ces deux points centraux que notre objectif a été atteint.

Il nous faut revenir sur ce que ces espaces représentent réellement. Quand nous avons mis un peu de distance vis-à-vis de cette construction doctorale, pour mieux dresser le portrait global et transversal du travail, nous avons réalisé à nouveau combien la population à laquelle cette recherche-action s'est intéressée est celle qui est la plus vulnérable. Le vécu de ces mères en tant qu'adultes est exprimé comme *une vie sans vie*, et celui des enfants en

tant qu'*enfant sans enfance*. Cela veut dire en fin de compte qu'ils ont connu une destruction presque totale, que l'on ne peut pas exprimer si ce n'est en la représentant dans un format réduit, « une vie sans vie », « un enfant sans enfance », mais en même temps très ample, que nous avons essayé de relater et de développer amplement dans les deux chapitres consacrés aux données provenant des espaces Entre-nous et Chez-nous.

Vie sans vie, mort-vivant, vivre sans exister. Qu'est-ce à dire? C'est survivre. Et c'est tenter de renaître des cendres, de ré-émerger, de se reconstruire après l'anéantissement. Cet essai de mise en sens ne renvoie qu'à l'inquantifiable et à l'inqualifiable des pertes, un vide impossible à combler. Autrement dit, l'irréversible. Tel est le réel que comporte le vécu du survivant infecté par le VIH/sida. Le processus de reconstruction suppose la restauration des pertes, la réparation de toutes les fractures de l'existence, l'unification des fragments de mémoire et donc la reconstruction d'une histoire. Voilà ce que la mère et l'enfant réclamaient d'une façon récurrente à travers les espaces Entre-nous et Chez-nous. C'est comme s'ils nous avaient dit qu'ils aimeraient ne rien perdre, que ce qui conviendrait serait de rester chez eux, avec les leurs, entre eux. La reconstruction suppose de revenir aux valeurs d'avant où pouvaient encore être mises en jeu toutes les relations verticales et horizontales du sujet, dans un espace partagé, le Chez-nous. Il s'agit d'un long travail qui oblige à aller puiser dans le patrimoine culturel les éléments vivifiants pour re-vivre. S'y engager n'est pas non plus une aventure simple : il faut l'autre, cet autre que l'on cherche et que l'on évite. Voilà comment le génocide a fait que l'on ne sache plus à quel saint se vouer.

L'Entre-nous et le Chez-nous ont représenté des espaces bien contenant, des lieux où des liens ont pu se tisser entre adultes et entre adultes et enfants, de sorte que l'autre, de même génération ou de génération différente, qui était demeuré longtemps étranger, redevienne l'un de nous. Ce n'est qu'après tout ce travail autour des liens qu'il a été possible de se prêter la force de remonter le temps et de se rendre dans le passé encore terrifiant, pour tenter de reconstruire l'avenir, surtout pour la jeune génération. C'est un travail qui s'est réalisé dans un climat fait de couches bien enveloppantes pour sécuriser le sujet de sorte qu'il puisse aborder des points intimes qu'il ne serait capable d'élaborer dans aucun autre contexte. Représentons ces couches qui peuvent sans doute s'élargir.



Chaines des secteurs pour le continuum d'actions de prise en charge

Une telle représentation, à laquelle les résultats de cette recherche-action nous conduisent, nous autorise à avancer que les espaces aménagés et les liens qui se sont tissés peuvent s'étendre au-delà des 26 mères et des 20 enfants. Nous prenons ces deux espaces comme des espaces représentant les aires à reconstruire et relancer. Nous partons du cas particulier des mères rescapées porteuses du VIH/sida et de leurs enfants, mais nous pensons que ce qui en ressort est révélateur – au moins pour certaines choses essentielles – de ce qui se produit au Rwanda en général, sous des figures diverses, à travers des problématiques variées. Ce serait alors l'une des recommandations que nous avançons, d'abord à partir des cas particuliers que nous avons étudiés mais ensuite d'une façon plus étendue, celle de remobiliser les processus à partir de ces deux espaces, non seulement dans le secteur des soins de santé et de santé mentale, mais aussi dans plusieurs autres secteurs, au niveau familial, communautaire environnemental, sociétal, voire national. L'Entre-nous, espace où se tissent et se retissent des liens entre adultes, et le Chez-nous, espace où se créent et se recréent les liens entre adultes et enfants, se présentent comme « matriciels », lieux de relance de la socialité des liens entre les pairs et entre parents et enfants. Ils engagent en ce sens aussi les liens entre générations.

Vu la complexité du thème abordé, sa problématique multifacette, les stratégies de prise en charge doivent faire appel à une longue chaîne d'intervenants. La pierre angulaire est à déposer dans le cercle familial où la mère, connue communément comme *le cœur*, a joué un rôle irremplaçable auprès de l'enfant. On voit concrètement que l'Entre-nous et le Chez-nous prennent leurs assises au sein du cercle familial. Peut-être devrions-nous dire plutôt

Ce modèle familial met au centre la mère et l'enfant, pour assumer les responsabilités multiples que l'après-génocide a prescrites pour le Rwanda. La famille apparaît comme un objet vital que l'on n'aimerait vraiment pas perdre. Car elle « constitue le point de départ de toutes les sortes de groupes qui, en s'élargissant, atteignent les dimensions d'une société, petite ou grande » (Winnicott, 2004, p. 203). Tel était au demeurant le cheminement en tradition rwandaise, avant les approches dites « modernes », avant la colonisation, voire avant le génocide. Tout commençait par l'entre nous, chez nous, au sein du cercle familial, le lieu de rassemblement des personnes de générations différentes, où se tissaient les liens entre les générations. L'initiation de toute activité commençait par là. Les Rwandais l'exprimaient à travers ce proverbe : « *Ijya kurisha ihera ku rugo* », littéralement « *la vache qui broute commence aux alentours de son étable* ». C'est cette logique que les mères et les enfants nous ont proposée. Cela veut dire que si on veut rectifier les choses, il faut commencer par sa propre maison, puis étendre vers les autres, progressivement. Comme le génocide a sensiblement dispersé la famille, à travers l'Entre-nous et le Chez-nous le survivant tente de sortir dans son isolement (Mujawayo, 2004) et continue le processus de symbolisation en re-crédant une autre sorte d'entre nous et de chez nous dans le dispositif groupal auquel le travail symbolique confère le titre honorifique de « nouvelle famille sociale. » Mais, à dire vrai, aucune alternative ne peut égaler la famille. Comme nous l'avons déjà souligné, les groupes restreints qui se définissent comme se substituant à la famille ne sont que des phénomènes éphémères et périphériques, mais qui sont nécessaires pour que l'on puisse s'y appuyer pour entreprendre quoi que ce soit. On comprend qu'à défaut d'un organe, il faut absolument une prothèse. Ainsi à défaut d'une famille, il a fallu s'accrocher quelque part ailleurs dans une autre forme de famille, créée comme une approche thérapeutique novatrice. La responsabilité de tout un chacun était fort sollicitée, en l'occurrence la détermination du survivant, entouré par les adultes de sa famille et les sages de la communauté environnante. Peuvent également intervenir le secteur des soins de santé mentale et les autres organismes humanitaires qui sont à l'origine des propositions de dispositifs de gestion des souffrances psychologiques. Si on relance un regard analytique sur ce modèle familial de reconstruction, on ne peut pas ne pas se poser la question de la responsabilité d'une autre personne ou fonction normalement aussi importante dans le noyau familial : le père.

2.4. Et les pères, où sont-ils ?

Tout au long de cette recherche-action où les espaces aménagés se réclament être conçus en portrait de famille, seuls la mère et l'enfant sont les participants actifs. La figure de la mère est mise au centre comme pierre angulaire pour assurer la responsabilité dans l'action de transmission et celle d'assister le sujet jeune pour qu'il puisse se construire une vie d'homme dans l'après-génocide. L'après-génocide semble avoir renforcé la responsabilité de la mère, elle qui au départ, dans sa culture, a tant effectué les actes basiques de la vie au sein de la famille, voire de la nation. Dans la plupart des familles rwandaises, c'est elle qui avait, et a encore, à sa charge les actions d'élever les enfants,

d'organiser les semis et les récoltes et surtout de donner sa puissance fécondatrice aux graines et au bétail. De telles responsabilités, qui ont déterminé l'organisation de la vie des mères, remontent donc loin dans la croyance ancestrale qui attribue la productivité de la terre et du bétail à la personne liée étroitement à la vie, c'est-à-dire la femme. Contrairement à l'image du mâle à laquelle on attribue l'esprit de guerrier, de destructeur. Dans l'après-génocide, la mère s'est assigné des responsabilités, et pour ses propres enfants et pour les enfants des autres, et elle ne veut pas accepter de perdre la majesté, la noblesse que contient la responsabilité que la culture lui avait octroyée pour son rôle de « porteuse de la vie fécondatrice de race » (Ntampaka, 2003, p. 54).

Tout au long de cette recherche-action, un seul père a été présent et a été actif dans les soins de ses enfants, mais il ne faisait pas partie des membres du groupe. Il s'agit du mari de l'une des mères ; cela semblait alléger le poids de certaines dimensions de la vie d'après génocide pour cette famille, car la responsabilité était partagée dans la mesure du possible. Chaque membre de la famille contribue au travail psychique de l'autre et à l'ensemble de la dynamique de toute la famille. Malgré cette solidarité, les questions des enfants autour des deux héritages continuaient de secouer l'équilibre de la famille et ne trouvaient qu'une seule réponse quand il s'agissait d'explorer le présent et le passé par rapport à l'infection au VIH/sida et à la prise de médicament. « *Tout ça, ce sont les conséquences du génocide* ».

D'autres pères sont certainement morts pendant le génocide ; les autres, on ne sait pas s'ils existent ou non. Il y en a qui sont là et qui, dans le récit des mères, doivent être oubliés, en raison de la façon dont ils sont devenus pères. « *Je ne sais même pas où il est, je ne veux même pas parler de lui. Je souhaiterais l'oublier, la seule chose qui me préoccupe, c'est la vie de mon enfant. Il est là, mais pour moi c'est comme s'il n'existait pas* ». Malgré cette réalité qui fait abstraction du visage paternel, le dispositif mis en place s'est toujours réclamé être une structure familiale. Ce n'est qu'en s'approchant de la mère et de l'enfant que l'on remarque la place presque inexistante du père ou du visage paternel, dans ces nouvelles structures de familles qui s'organisent dans le Rwanda post-génocide. Rarement, quelques cas évoquaient un « tonton » comme visage masculin dans leur histoire. C'est le cas de tonton Sam à l'école de Peace, tonton Tito pour Cyusa, tonton de Shema et le tonton – mis en doute – d'Annette.

Nous n'avons pas été sensible à cette question de l'absence du père ou du père écarté pendant nos travaux de terrain. Peut-être parce que nous travaillions avec les mères dans l'association des veuves et avec des enfants dont la plupart n'avaient pas de parents biologiques. Notre aveuglement face à cette question a aussi été influencé par le fait que les enfants qui évoquaient la vie en famille nous adressaient l'alternative d'un « Tonton ». Ou simplement par l'immensité du génocide qui fait que l'on pense que rien n'est resté. Lors de nos analyses, nous avons réalisé qu'il s'agit d'une réalité qui doit attirer l'attention des chercheurs. Pourquoi l'image du père est-elle tellement gommée dans l'après-génocide ? Puisse cette question faire l'objet de réflexion de jeunes chercheurs pour explorer la place et la responsabilité du visage du père dans l'après-génocide. Normalement, ce n'est pas dans le propre de l'homme de se soustraire à ses responsabilités. Au contraire : il était supposé être présent, surtout pour les tâches complexes. En Kinyarwanda, on souligne son

rôle dans ce dicton : « *Umugabo ni imyugariro. Niwe ubanza aho rukomeye* », littéralement « L'homme est comme un défenseur, un protecteur. C'est lui qui affronte en premier lieu les situations difficiles ». Cela signifie que l'être humain masculin est un rempart pour sa famille et, pour la nation, il est fait pour le combat. C'est lui qu'on verra au plus fort de la guerre. Où est le visage de cette personne dans le combat pour la reconstruction des familles dans l'après-génocide ? Où est le visage du père ? L'immensité du génocide ne l'a-t-elle pas englouti dans les zones classées comme non-dits ? Nous songeons à toutes les dimensions que comporte le viol sexuel de guerre et du génocide. Puissent ces jeunes chercheurs intéressés par cette question l'explorer aussi sous cette autre réalité du viol resté enfouie dans la profondeur du silence. Le viol a-t-il été commis uniquement contre les femmes ? S'il fut commis sur les enfants, cela est l'un des signes tangibles qui témoignent que le génocide a attaqué la culture jusqu'à ses racines. Il y a-t-il peut-être des hommes violés et de telles atrocités anti-culturelles les ont peut-être amputés de leur vivacité ? La clinique, les conversations ordinaires confidentes ont révélé qu'il y avait aussi des hommes victimes de viol. Cette porte mériterait d'être ouverte par d'autres chercheurs qui devront trouver le courage d'affronter cette face contraire de l'humain.

3. Co-facilitation du groupe dans la clinique du traumatisme

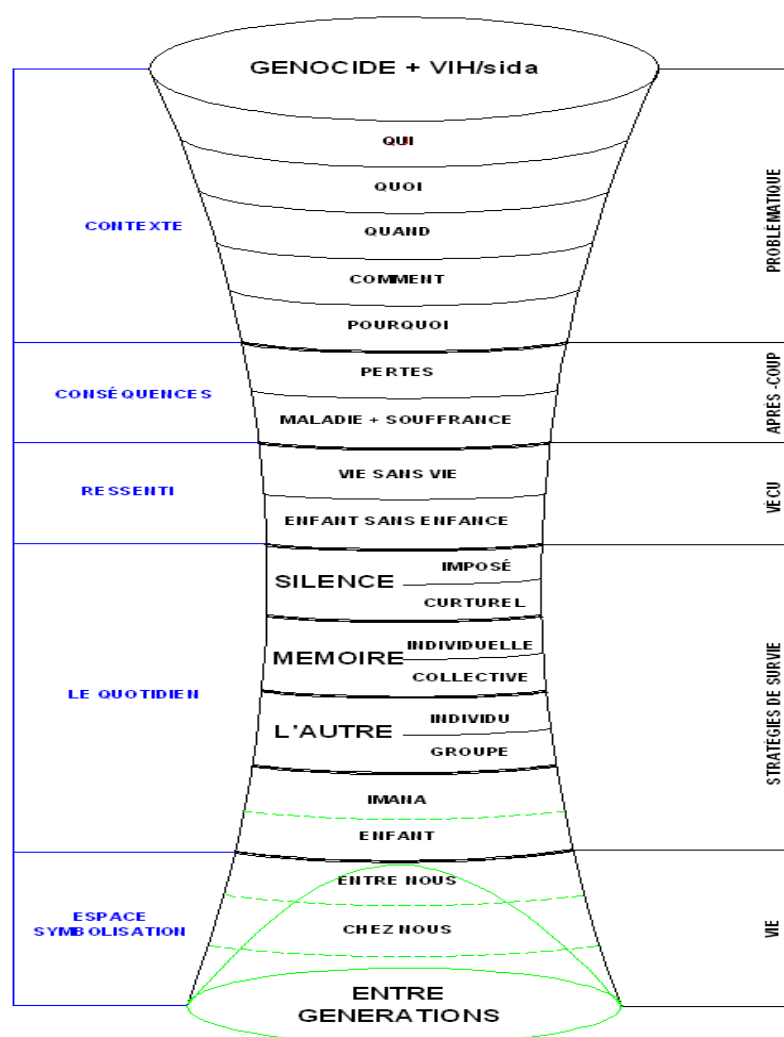
Comme cette recherche-action s'est déroulée dans une logique clinique, mais qui n'affichait pas une image médicalisée, nous avons utilisé le terme de « facilitateur » à la place du celui de « thérapeute ». Le terme d'« animateur » serait aussi un équivalent couramment utilisé, mais pour ce dernier, vu le climat et le contexte de certaines séances, le terme d'animation ne serait pas adapté. Nous préférons le terme de « facilitateur » de groupe, étant sous-entendu que son rôle devait faciliter l'objectif de changement. Nous y trouvons trois fonctions : la production, la gestion et la régulation (Anzieu & Martin, 1994).

Bien que tous les acteurs fussent impliqués, le groupe était facilité par deux personnes. Normalement, le psychologue de l'institution œuvrant sur nos sites de terrain et nous-même. La co-facilitation a été considérée comme stratégique et comme outil de recueil des données, de par les interactions subjectives entre les facilitateurs eux-mêmes et entre les autres membres du groupe à qui nous avons conféré la liberté d'intervenir, selon la convention « personne ne sait plus que l'autre ». Ce sont ces interactions qui ont été, pensons-nous, l'outil d'expérimentation du travail psychique de l'individu et du groupe. Tout au long de nos analyses, cette co-facilitation a prouvé son utilité pendant les séances groupales et dans les séances post-groupe. Son rôle créateur de liens et de matériau dans la logique de la recherche-action a été mis en évidence. Un temps a été consacré au premier jeune thérapeute masculin, dans l'espace des mères. Au moment où nous soulignons l'absence du visage masculin dans l'après-génocide, le premier jeune psychologue avec qui nous facilitions le groupe sur l'un des sites a été l'objet de symbolisation de ce qu'a été le visage masculin pendant le génocide et de ce qu'il est supposé être. Il serait aussi intéressant d'analyser la dynamique entre le groupe des co-facilitateurs.

Et qu'en est-il de ces « co-facilitateurs » de passage pour un certain nombre de séances ou même une partie de la séance ? Quelle a été la réalité intersubjective entre co-facilitateurs nationaux et internationaux et entre ces facilitateurs et les acteurs de terrain ayant fait l'objet de la recherche ? Et quand il devient nécessaire de traduire pour avoir le même point de vue entre co-facilitateurs ? Qu'apportent tous ces enjeux à la dynamique du groupe de soutien ? Et ce changement de facilitateurs, et leur nombre, et la fréquence dans la séance ? Nos analyses n'ont pas pu aborder tous ces enjeux liés aux co-facilitateurs et autres personnes de passages. Il s'agit d'une réalité qui mériterait d'être abordée, mais que le temps nous oblige de laisser en suspens autour de ce questionnement qui interroge le pronostic du cadre par rapport au mouvement des facilitateurs. Qu'allait devenir le cadre de l'Entre-nous et du Chez-nous par rapport à l'excès de co-facilitateurs et quelquefois à leur pénurie totale ?

4. Vers l'Entre-génération et les liens reconstituteurs

Nous en arrivons au point de quitter notre lecteur. Nous l'avons convié à une réalité à percevoir dans une logique d'un entonnoir à double entrée. L'ouverture au trou sans fond du génocide et du VIH/sida, trou noir aveuglant qui laisse penser qu'au Rwanda il n'y a que des dieux et diables, victimes et bourreaux. Cette thèse a montré qu'il y a aussi des anges, des humains, des saints à qui se vouer pour traverser les coins sombres où siège le silence et se rendre Entre-nous et Chez-nous pour enfin participer à la transmission personnelle et culturelle de l'Entre-génération, ce lieu des liens, ressort ou levier du travail de reconstruction psychique. Notre travail dans l'Entre-nous et le Chez-nous était celui d'entreprendre dans la mesure du possible un voyage vers ce lieu Entre-génération, où se mettent en jeu des liens reconstituteurs. Pour y arriver, nous avons à cheminer avec le survivant dans ce questionnement quelquefois sans réponse. Il nous a fallu en forger le sens et le retravailler pour pouvoir se le représenter. Ces questions sans réponses, ce sens insensé, cette maladie et sa souffrance, ces corps qui abritent toute une histoire, ce silence, cette mémoire, ce Dieu et ces dieux, cet enfant et cet adulte, à notre humble avis, devraient faire l'objet de plus d'une seule recherche qui interrogeraient à fond l'après-coup du génocide perpétré contre les Tutsi.



Logique d'entonnoir à double entrée

Les dimensions abordées sont représentées dans cette logique d'entonnoir à double entrée. Nous ne prétendons pas affirmer que nos analyses ont épuisé toutes les dimensions des problèmes que laissent apparaître nos données. Cependant, nous pouvons affirmer que cette thèse nous a permis d'atteindre notre objectif, celui de penser et d'aménager des espaces de reconstruction psychique du sujet. Ces derniers se veulent en portrait d'une maison familiale dans laquelle se tissent et se solidifient des liens entre les personnes de générations différentes. Maintenant que cette thèse arrive à son terme, nous affirmons que

le dispositif aménagé peut jouer ce rôle par un travail de symbolisation. On le voit à travers les résultats de cette thèse, par le biais d'un combat inlassable dont la mère survivante témoigne, combat qui consiste à ne pas se laisser anéantir par la cruauté qui ne veut que détruire l'humanité dans la nature humaine. Nous la voyons débordant d'énergie pour la vie de l'enfant, de soi et de l'autre. Malgré la vie sans vie qu'elle décrit, elle ne lâche pas ses responsabilités auprès de l'enfant sans enfance pour qu'il puisse aussi se faire une vie d'homme.

Pour nous résumer, nous avons été en face d'une problématique qui apparaît gigantesque, qui n'avait pas été abordée par d'autres chercheurs en raison de la superposition des traumatismes et des autres conséquences que l'on ne peut ni quantifier ni qualifier. On se rend compte que le génocide perpétré contre les Tutsi a non seulement fait disparaître les humains, mais il a aussi tout renversé pour à la fin ébranler certaines balises culturelles qui avaient tant veillé à la bonne santé mentale du peuple rwandais. L'espace entre nous et chez nous a été touché en profondeur, et ainsi les frontières entre les générations ont été bousculées. Le dispositif aménagé tente de restaurer la structure entre les générations, qui met en relief la transmission et la responsabilité de l'adulte d'hier vis-à-vis de l'adulte de demain qu'est l'enfant aujourd'hui. Ainsi, sous le même toit de sa nouvelle maison, l'adulte pourra dire à l'enfant : « *Il était une fois.... (Kera habayeho...)* », pour introduire une histoire transmissible. Disons en fin de compte qu'en tous cas les espaces aménagés dans notre recherche-action auront permis à chaque membre du groupe de soutien adulte et enfant de bâtir son lieu propre, de se créer des nouveaux liens et des fondements pour en faire œuvre de culture (Brackelaire, 2004).

Puisse cette thèse servir le Rwanda pour qu'il soit la grande maison des enfants d'*Imana*, comme dirait Antoine Mugesera, le préfacer de Jean-Luc Galabert (2012). Et c'est par ce souhait rempli d'espoir que nous suspendons pour un instant cette étape de notre itinéraire.

Bibliographie

- Altounian, J. (1997). Sur l'hébergement psychique. Ecrire la rupture réinstaura l'héritage. *L'Inactuel*, pp. 59-75.
- Altounian, J. (2000). *La Survivance. Traduire le trauma collectif*. Paris: Dunod.
- Altounian, J. (2003). *Ouvrez moi seulement les chemins d'Arménie. Un génocide aux déserts de l'inconscient*. Paris: Belles lettres.
- Altounian, J. (2005). *L'intraduisible. Deuil, mémoire, transmission*. Paris: Dunod.
- Altounian, V., & Altounian, J. (2009). *Mémoire du génocide Arménien : Héritage traumatique et travail analytique*. Paris: PUF.
- Améry, J. (2005). *Par-delà le crime et le châtement : Essai pour surmonter l'insurmontable*. Arles: Actes Sud.
- Anzieu, D. (1966). Etude psychanalytique des groupes réels. *Les temps modernes*, 242, pp. 56-73.
- Anzieu, D. (1987). *Le Moi-Peau*. Paris: Dunod.
- Anzieu, D., Doron, J., Houzel, D., & Missenard, A. (2013). *Les enveloppes psychiques*. Paris: Dunod.
- Appelfeld, A. (2005). *Histoire d'une vie*. Paris: Editions d'Olivier.
- Assoun, P.-L. (1992). Voyage au pays des mères. De Goethe à Freud: Maternité et savoir Faustien. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 45, pp. 109-130.
- Audet, J., & Katz, J.-F. (2006). *Précis de la victimologie générale*. Paris: Dunod.
- Aulagnier, P. (1986). *Un interprète en quête de sens*. Paris: Psychanalyse, Ramsay.
- Bacqué, M.-F. (1992). *Le deuil à vivre*. Paris: Odile Jacob.
- Bacqué, M.-F. (2002). *Apprivoiser la mort*. Paris: Odile Jacob.
- Bacqué, M.-F. (2008). Annonce de la mort. *Etude sur la mort*, 134, pp. 99-104.
- Bailly, C., & Séchehay, A. (1995). *Ferdinand de Saussure. Cours de linguistique générale*. Paris: Payot & Rivages.

- Barrois, C. (1998). *Névrose traumatique*. Paris: Dunod.
- Barry, V. (2010). *Dialectiser la recherche et l'action pour une école de la diversité*. Paris: Armand Colin.
- Becker, A., & Bozarslan, H. (2015). *Le génocide des Arméniens*. Paris: Armand Colin.
- Becker, H. (2002). *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales*. Paris: La Découverte.
- Bensoussan, G. (2012). *Histoire de la shoah*. Paris: PUF.
- Bertaux, D. (1976). *Histoire de vie ou récits de pratiques? Méthodologie de l'approche biographique en sociologie*. Paris: CORDES (Comité d'organisation des recherches appliquées sur le développement économique et social).
- Bertaux, D. (2010). *L'enquête et ses méthodes. Le récit de vie*. Paris: Armand Colin.
- Bertrand, M. (2004). *Trois défis pour la psychanalyse. Clinique, théorie, psychothérapie*. Paris: Dunod.
- Bessoles, P. (2008). *Viol et identité. Un Génocide Individuel*. Paris: MJW Fédition.
- Bianquis-Gaser, J. (2011). Technique de l'observation participante. Dans Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (pp. 166-172). Paris: Armand Colin.
- Bigirumwami, A. (2004). *Imihango n'Imigenzo n'Imiziririzo mu Rwanda*. Nyundo: 4ème Edition.
- Bion, W. R. (1961). *Experiences in Groups and other papers*. London: Tavistock.
- Blanchard-Laville, C. (1999, Avril-mai-juin). L'approche clinique d'inspiration psychanalytique : enjeux théoriques et méthodologiques. *Revue française de pédagogie*, 127, pp. 9-22.
- Bolton, P., Neugebauer, R., & Ndongoni, L. (2002). Prevalence of depression in rural Rwanda based on symptom and functional criteria. *J Nerv Ment Dis*, 190(9), pp. 631-637.
- Bouchet, D. (1990). Les psychanalystes devant le sida. *Revue française de psychanalyse*, 3, pp. 865-873.
- Bourguignon, O., & Bydlowski, M. (1995). *La recherche clinique en psychopathologie : Perspectives critiques*. Paris: PUF.
- Bowlby, J. (2011). *Le lien, la psychanalyse et l'art d'être parents*. Paris: Albin Michel.

- Brackelaire, J.-L. (1993). *La personne: identité et responsabilité. Le processus de définition de soi et d'autrui en jeu dans des situations de transformation sociale*. Université Catholique de Louvain, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation. Louvain-la-neuve: Thèse présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en psychologie.
- Brackelaire, J.-L. (1995). *La personne et la société. Principes et changements de l'identité*. Bruxelles: De Boeck.
- Brackelaire, J.-L. (2004). Exilés, orphelins et seuls survivants de nos cultures d'origine. Conséquences culturelles et subjectives de la modernité pour les occidentaux et pour les autres. *Cahiers de psychologie clinique*, /2 (n° 23), pp. 199-223.
- Brackelaire, J.-L., & Kinable, J. (2013). Dialogues transdisciplinaires et reconfiguration des problématiques. Dans J.-L. Brackelaire, M. Cornejo, & J. Kinable, *Violence politique et traumatisme. Processus d'élaboration et de création* (pp. 449-463). Louvain-la-Neuve: Academia- L'Harmattan.
- Brison, S. (2003). *Après le viol*. Paris: Jacqueline Chambon.
- Bruneteau, B. (2004). *Le siècle des génocides. Violences, massacres et processus génocidaires de l'Arménie au Rwanda*. Paris: Armand Colin.
- Byanafashe, D. (1997). La famille comme principe de cohérence de la société rwandaise traditionnelle. *Cahiers Lumière et Société. Histoire*, 2(6), pp. 3-26.
- Byanafashe, D., & Rutayisire, P. (2011). *Histoire du Rwanda*. Kigali: CNUR (Commission Nationale pour l'Unité et la Réconciliation).
- Campenhoudt, L. V., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod.
- Chapelier, J.-B. (2011). Chaos, contenance et créativité. Dans J.-B. Chapelier, & D. Roffat, *Groupe, contenance et créativité* (pp. 55-68). Toulouse: Erès.
- Chapelier, J.-B. (2015). *Les psychothérapies de groupe*. Paris: Dunod.
- Chauvin, L., Mugaju, J., & Comlavi, J. (1998). Evaluation of the psychosocial trauma recovery programme in Rwanda. *Evaluation and Programming Planning*, 21(4), pp. 385-392.
- Chervet, B. (2009). L'après-coup. La tentative d'inscrire ce qui tend à disparaître. *Revue française de psychanalyse*, 73(5), pp. 1361-1441.
- Chrétien, J.-P. (1995). *Rwanda : les médias du génocide*. Paris: Karthala.

- Cifali, M. (1999). Entre psychanalyse et éducation : influence et responsabilité. *Revue française de psychanalyse*, 63(3), pp. 973-982.
- Clot, Y., Prot, B., & Wherte, C. (2001). Clinique de l'activité et pouvoir d'agir. *Éducation permanente*, 146.
- Cohen, M. (2010). *Kigali Report August 2010*. Chicago: <http://www.we-actx.org/news/letters-from-the-director/kigali-report-august-2010/>.
- Cohen, M., Fabri, M., Cai, X., Shi, Q., Hoover, D., & Binagwaho, A. (2009). Prevalence and Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Depression in HIV-Infected and At-Risk Rwandan Women. *Journal of Women's Health*, 18(11), pp. 1783-1791.
- Collerette, P. (2011). Méthodes des études de cas . Dans A. Mucchielli, *Dictionnaires des méthodes qualitatives en sciences humaines* (pp. 91-94). Paris: Armand Colin.
- Collin, D., & Waintrater, R. (2011). Introduction: langage et génocide. Dans D. Collin, & R. Waintrater, *Les mots du génocide* (pp. 8-13). Genève: Metispresses.
- Coopman, A.-L., & Janssen, C. (2010). La narration de soi en groupe : le récit comme tissage du lien social. *Cahiers de psychologie clinique*, 34, pp. 119-134.
- Coopman, A.-L., & Janssen, C. (2014). Groupe de récit de vie sur le thème de la parentalité: les enjeux du transgénérationnelle. *Cahiers de psychologie clinique*, 43, pp. 131-142.
- Coquio, C. (2004). *Rwanda. Le réel et les récits*. Paris: Belin.
- Cornejo, M., Brackelaire, J.-L., & Mendoza, F. (2009). Des chaînes du silence à la chaîne de l'écoute. Une recherche à partir des récits des professionnels de la Commission Nationale sur l'Emprisonnement Politique et la Torture au Chili. *Cahiers de psychologie clinique*, 32, pp. 203-131.
- Cote, A. (2015). Du mal à dire. Quel est la particularité de la douleur? *Mémoire*, 63, p. 18.
- Coursil, J., & Giot, J. (2003). *Ce tu qui n'est pas l'autre*. Communication au colloque du Forum des langues européennes et de l'Institut Cervantès Pronoms de deuxième personne et formes d'adresse dans les langues d'Europe. Paris: 7 et 8 mars 2003.
- Couture, M. (2003). La recherche qualitative : Introduction à la théorisation ancrée. *Interactions*, 7(2), http://www.researchgate.net/publication/260479153_La_recherche_qualitative_in_troduction__la_thorisation_ancre.
- Crocq, L. (1999). *Les traumatismes psychiques de guerre*. Paris: Odile Jacob.

- Cyrulnick, B. (2006). Introduction. Dans B. Cyrulnick, & P. Duval, *Psychanalyse et résilience* (pp. 7-25). Paris: Odile Jacob.
- Cyrulnick, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris: Odile Jacob.
- Cyrulnick, B. (2000). *Les nourritures affectives*. Paris: Odile Jacob.
- Cyrulnick, B. (2003). *Le Murmure des fantômes*. Paris: Odile Jacob.
- Cyrulnick, B. (2010). *Mourir de dire. La honte*. Paris: Odile Jacob.
- Dahoun, Z. (1998). L'Entre-deux: une métaphore pour penser la différence culturelle. Dans R. Kaës, O. Ruiz Correa, O. Douville, A. Eiguer, M.-R. Moro, Revah-Levy, . . . E. Lecourt, *Différence culturelle et souffrance de l'identité* (pp. 209-242). Paris: Dunod.
- Dartiguenave, J.-Y., Le Bot, J.-M., & Garnier, J.-F. (2012). Repenser le lien social : de Georg Simmel à Jean Gagnepain et à la sociologie clinique. *Pensée plurielle*, 29, pp. 51-60.
- Dauge-Roth, A. (2011). Face à l'oblitération, témoigner pour se ressaisir vivante. Dans E. Mujawayo, & S. Belhaddad, *SurVivantes* (pp. 281-293). Genève: MetisPresses.
- Davoine, F., & Gaudilière, J.-M. (2004). *Histoire et trauma. La folie des guerres*. Paris: L'autre pensée Stock.
- De Clercq, M., & Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris: Elsevier/Masson.
- de Gaulejac, V. (1999). *L'histoire en héritage. Roman familial et trajectoire sociale*. Paris: Desclée de Brouwer.
- de Gaulejac, V. (1999). *L'histoire en héritage. Roman familial et trajectoire sociale*. Paris: Desclée de Brouwer.
- De Neuter, P. (2014). La transmission transgénérationnelle. *Cahiers de Psychologie Clinique*, 43, pp. 45-58.
- De Vulpian, L. (2004). *Rwanda. Un génocide oublié? Un procès pour mémoire*. Bruxelles: Complexe.
- Delbecq, A., & Van De Ven, A. (1975). A group process modal for problem identification and program planning. *Journal of Applied Behavior Sciences*, 7(1), pp. 466-492.
- Dervaux, B., & Deversailles, A. (2014). *Rwanda, la vie après. Paroles des mères*. Film .
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative. Guide pratique*. Montréal: McGraw-Hill.

- Désveaux, E. (2002). La consanguinité. Horizon indépassable de la raison parentaire. *L'Homme*, 164, pp. 105-124.
- Devereux, G. (1972). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. Paris: Flammarion.
- Devereux, G. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion.
- Digneffe, F., & Fierens, J. (2003). *Justice et gacaca: l'expérience rwandaise et le génocide*. Presses universitaires de Namur. Namur: Presses universitaires de Namur.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris: Seuil.
- Dolto, F. (1985). *La cause des enfants*. Paris: Lafont.
- Doray, B., & Louzoun, C. (1997). Introduction. Dans B. Doray, & C. Louzoun, *Les traumatismes dans le psychisme et la culture* (pp. 15-29). Toulouse: Erès.
- Dortier, J.-F. (2013). *Dictionnaire des sciences sociales*. Paris: Edition Sciences humaines.
- Douville, O. (2010). Les fonctions psychiques de l'errance. *Psychologie Clinique*, 30, pp. 80-93.
- Du Bouchet, A. (1996). *Pourquoi si calmes*. Saint-Clément-de-Rivière: Fata Morgana.
- Dumas, H. (2008). Histoire, justice et réconciliation : les juridictions gacaca au Rwanda », *Mouvement*, 1(53), pp. 110-117.
- Duruz, N. (2008). Anthropologie clinique, psychopathologie et psychothérapie. *Le Journal des psychologues*, 5(258), pp. 18-21.
- Elchardus. (1997). Statut du corps et statut de victime. Dans B. Doray, & C. Louzoun, *Les traumatismes dans le psychismes et la culture* (pp. 121-123). Toulouse: Erès.
- Faúndez, X., Cornejo, M., & Brackelaire, J.-L. (2014). Narration, silence. Transmission transgénérationnelle du trauma psychosocial chez des petits-enfants de victimes de la dictature militaire chilienne. *Cahiers de psychologie clinique*, 43(2), pp. 173-204.
- Favret-Saada, J. (1977). *Les mots, la mort, les sorts. La sorcellerie dans le bocage*. Paris: Gallimard.
- Ferenczi, S. (2004 [1932]). *Confusion de langue entre adultes et l'enfant*. Paris: Payot.
- Ferenczi, S. (2006). *L'enfant dans l'adulte*. Paris: Payot.

- Ferrant, A. (2011). Contexte familial et fonction de contenance du "non". Dans J.-B. Chapelier, & D. Roffat, *Groupe, contenance et créativité* (pp. 37-54). Toulouse: Erès.
- Fierens, J. (2003). Avant-Propos. Dans J. Fierens, *Femmes et génocides: Le cas du Rwanda* (pp. 5-8). Bruxelles: La charte.
- Filloux, J.-C. (2005). Introduction. Dans J.-C. Filloux, *Analyse d'un récit de vie* (pp. 1-4). Paris: PUF.
- Fontenaille-N'Diaye, E. (2015). *Blue Book*. Paris: Calmann-Lévy.
- Foulkes, S. (1948). *Introduction to Group-Analytic Psychotherapy*. London: Heinemann.
- Foulkes, S., & Anthony, E. (1969). *Psychothérapie de groupe*. Paris: Edition de l'Epi.
- Freud, S. (1949, Freud, S., Berman, A., & Laplanche, J. (1950). Abrégé de psychanalyse. Presses universitaires de France. Freud, S., Berman, A., & Laplanche, J. (1950). Abrégé de psychanalyse. Presses universitaires de France.). *Abrégé de psychanalyse*. Paris: PUF.
- Freud, S. (1973). *Disposition à la névrose obsessionnelle in Névrose, psychose et perversion*. Paris: PUF.
- Gagnepain, J. (1989). A propos de quelques concepts de la socio- et de l'axio-linguistique. Dans *Anthro-pologiques, Actes du premier colloque international d'anthropologie clinique (Namur, octobre 1987)* (pp. 233-248). Louvain-la Neuve: Peeters.
- Gagnepain, J. (1995). *Du vouloir dire (III)*. Bruxelles: De Boeck.
- Galabert, J.-L. (2012). *Les enfants d'Imana. Histoire sociale et culturelle du Rwanda*. Lassay-les-Châteaux: Izuba édition.
- Gampel, Y. (2004). L'après-coup de la transmission du traumatisme de la Shoah dans l'enfance. Dans J. Abécassis, *L'enfant à l'épreuve de la famille* (pp. 27-35). Toulouse: Erès/Hypothèse.
- Gampel, Y. (2005). *Ces parents qui vivent à travers moi. Les enfants des guerres*. Paris: Fayard.
- Gampel, Y. (2007). I was a Shoah child. *British Journal of Psychotherapy*, 8(4), pp. 391-400.
- Garapon, A. (2002). *Des crimes qu'on ne peut ni punir ni pardonner: pour une justice internationale*. Paris: Odile Jacob.

- Gauthier, A.-P. (2001). *Paul Ricœur et l'agir responsable. Les figures bibliques du prophète et du témoin*. Lyon: Profac.
- Gentile, A. (2009). L'après-coup : le caractère ineffaçable de la trace et la réouverture des possibles. *Revue française de psychanalyse*, 73(5), pp. 1673-1678.
- Giami, A. (2009). La posture clinique dans la recherche en psychologie et en sciences humaines. Dans S. Ionescou, & A. Brachet, *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique. Nouveau cours de psychologie Master et Doctorat* (pp. 33-51). Paris: PUF.
- Gilbert, M. (2001). *L'identité narrative. Une reprise à partir de Freud de la pensée de Paul Ricoeur*. Genève: Labor et Fides.
- Giot, J. (2013). Liminaire. Dans J.-L. Blackelaire, M. Cornejo, & J. Kinable, *Violence politique et traumatisme. Processus d'élaboration et de création* (pp. 201-219). Louvain-la-Neuve: Academia-L'Harmattan.
- Gishoma, D. (2014). *Crises traumatiques collectives d'ihahamuka lors des commémorations du génocide des Tutsi*. Université catholique de Louvain. Louvain-la-Neuve: Thèse de doctorat en sciences psychologiques et de l'éducation. Non publiée.
- Gishoma, D., & Brackelaire, J.-L. (2008). Quand le corps abrite l'inconcevable. Comment dire le bouleversement dont témoignent les corps au Rwanda? *Cahiers de psychologie clinique*, 30, pp. 189-183.
- Gishoma, D., & Kanazayire, C. (2013). Les comémorations du génocide au Rwanda. Un espace transitionnel pour métaboliser le passé qui ne passe pas. Dans J.-L. Brackelaire, M. Cornejo, & J. Kinable, *Violence politique et traumatisme. Processus d'élaboration et de création* (pp. 317-338). Louvain-La-Neuve: Academia-L'Harmattan.
- Glaser, B. (1978). *Theoretical sensitivity. Advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valley: Californie Sociology Press.
- Glaser, B., & Strauss, A. L. (1967). *Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New York: Aldine.
- Godard, M.-O. (2003). *Rêves et traumatismes ou la longue nuit des rescapés*. Toulouse: Érès.
- Godard, M.-O. (2004). Après l'horreur partagée, comment revivre ? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 42, pp. 7-17.

- Godard, M.-O. (2011). *Les Enfants du génocide : Le « Rwanda de demain »*. Colloque international Enfance en guerre. Témoignage d'enfants sur la guerre, les 7-8 et 9 décembre 2011, Programme Enfance Viol Exil. Clermont-Ferrand: Université Blaise Pascal.
- Godard, M.-O. (2013). Face au génocide, crime sans fin, quelles "constructions psychiques". Dans J.-L. Brackelaire, M. Cornejo, & J. Kinable, *Violence politique et traumatisme. Processus d'élaboration et de création* (pp. 349-357). Louvain-la-Neuve: Academia-L'harmattan.
- Godard, M.-O. (2014). Aux sources de la Nyabarongo : des mots à la cruauté. Dans F. Neau, D. Zagury, A. Ciavaldini, M.-O. W. Godard, P. Lurcel, J. Perelberg, & P. Guyomard, *Cruautés* (pp. 65-83). Paris: PUF.
- Godard, M.-O. (2014). Se souvenir et dire... Mais à quel prix ! *Les Temps Modernes*, 680/681, pp. 248-263.
- Godard, M.-O., Munyandamutsa, N., Mutarabayire-Schafer, A., & Rutembesa, E. (2012). La violence de la parole, quinze ans après le génocide des Tutsi au Rwanda : des groupes de soutien psychologique dans le processus Gacaca. Dans Y. Mouchenik, T. Baudet, & M.-R. Moro, *Manuel des psychotraumatismes. Cliniques et recherches contemporaines* (pp. 127-143). Grenoble: La pensée sauvage.
- Golse, B., & Kaufman, J.-C. (2009). *L'embryon, mémoire de l'homme. Continuité d'être et enveloppement*. Toulouse: Erès.
- Gómez-Mango, E. (1992). La place des mères. *Les mères. Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 45, pp. 7-15.
- Green, A. (1990). Temps et mémoire. *L'épreuve du temps. Nouvelle revue de la psychanalyse*, 41, pp. 179-205.
- Green, A., Bergmann, M., Bolas, C., Ogden, T., & Kohon, G. (2009). *Essais sur La Mère morte et l'oeuvre d'André Green*. Paris: Ithaque.
- Guimón, J., & Weber-Rouget, B. (2002). *Thérapies de groupe brèves : conduites et illustrations cliniques*. Paris: Masson.
- HAGURUKA. (2001). *La femme rwandaise et l'accès à la justice*. Kigali: Etude réalisée par HAGURUKA a.s.b.l (Association pour la défense des droits de la femme et de l'enfant).
- Hanus, M. (1994). *Les deuils dans la vie : Deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant*. Paris: Maloine.
- Hatzfeld, J. (2000). *Dans le nu de la vie. Récits des marais rwandais*. Paris: Seuil.

- Hatzfeld, J. (2003). *Une saison de machettes*. Paris : seuil.
- Hefez, S. (2010). Contre-transfert et résonance : le thérapeute en présence du patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 45, pp. 157-169.
- Heymann, F. (2007). Paul Celan de Czernowitz à Paris: "Entre lieu et abîme, par ta mémoire". *Bulletin du Centre de recherche français à Jérusalem*, 18, pp. 140-151.
- Hirsch, D. (1994). Le sida, maladie de la vie, terreur et désespoir d'une mort annoncée. *Cahiers de psychologie cinique*, 21, pp. 113-131.
- Huberman, M., & Miles, M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. Paris: De Boeck.
- Huberman, M., & Milles, M. (1991). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Hugon, M.-A., & Seibel, C. (1986). *Recherches impliquées, Recherche-action. Synthèse des contributions et des débats du Colloque organisé par l'Institut National de Recherche Pédagogique (INRP)*. Bruxelles: De Boeck.
- Hugon, M.-A., & Seibel, C. (1988). *Recherches impliquées, Recherches action. Le cas de l'éducation*. Belgique: De Boeck.
- Ionescu, S. (2009). *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. Paris: PUF.
- Ionescu, s., Jacquet, M. M., & Lhote, C. (2005). *Les mécanismes de défense. Théorie et clinique*. Paris: Armand Colin.
- Isaura, Z. F., & Lewin, F. (2009). Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder in Post-Genocide Rwanda. *Global Grassroots*, 81(1), pp. 1-17.
- Jackson, H. (2004). *Sida. Afrique continent en crise*. Harare: SAfAIDS.
- Jacques, A. (2015). *Barbarie et réhumanisation : approche clinique des survivants du Burundi*. Bruxelles: Thèse de doctorat en sciences psychologiques et de l'éducation. Université Libre de Bruxelles.
- Jacques, A., & Girard, N. (2012). Corps et souffrance génocidaire. Plongée dans l'univers de la déshumanisation. *Dialogue*, 197, pp. 31-41.
- Janssen, C. (2012). *L'illusion créatrice du lien. Des premiers objets d'attachement à la constitution du couple à partir de D.W. Winnicott*. Louvain-la-Neuve: Thèse de doctorat en sciences psychologiques non publiée, Université Catholique de Louvain.

- Kacha, N. (2011). La fonction contenant du thérapeute. Dans J.-B. Chapelier, & D. Roffat, *Groupe, Contenance et créativité* (pp. 85-97). Toulouse: Erès.
- Kaës, R. (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris: Dunod.
- Kaës, R. (1989). Ruptures catastrophiques et travail de mémoire. Dans J. Puget, R. Kaës, M. Vignar, Ricon, & J. Dunayevich, *Violence d'état et psychanalyse* (pp. 105-121). Paris: Dunod.
- Kaës, R. (1993). *Le groupe et le sujet du groupe*. Paris: Dunod.
- Kaës, R. (2005). Groupes internes et groupalité psychique : genèse et enjeux d'un concept. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 45, pp. 9-30.
- Kaës, R. (2010). *La parole et le lien - 3ème édition - Associativité et travail psychique dans les groupes*. Paris: Dunod.
- Kaës, R. (2010). Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*, 34, pp. 13-40.
- Kaës, R. (2013). *Un singulier pluriel*. Paris: Dunod.
- Kagabo, J. (2014). Le génocide des Tutsi comment penser une « barbarie » en apparence aveugle ? *Les Temps Modernes*, 680/681, pp. 5-18.
- Kagame, A. (1951). *La poésie dynastique au Rwanda*. Bruxelles: Académie Royales des Sciences Coloniales.
- Kagame, A. (1954). *Les organisations socio-familiales de l'ancien Rwanda*. Bruxelles: Académie Royale des Sciences Coloniales.
- Kagame, A. (1956). *La philosophie bantu-rwandaise de l'Être*. Bruxelles: Académie Royale des Siences Coloniales.
- Kagame, A. (1959). *La notion de génération appliquée à la généalogie dynastique et à l'histoire du Rwanda des Xe-XIe siècles à nos jours*. Bruxelles: Académie Royale des Sciences Coloniales.
- Kahamaile, J., Olivet, M., & Strobel, J. (2011). *Dépasser la haine, construire la paix : Témoignage de paix de la région des Grands-Lacs*. Eirene: Les Éditions d'en bas.
- Kammerer, P. (2000). *Adolescents dans la violence*. Paris: Gallimard.
- Kauffmann, J.-C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Paris: Nathan.
- Kévorkian, R., & Ternon, Y. (2014). *Mémorial du génocide des Arméniens*. Paris: Seuil.

- Kimonyo, J.-P. (2008). *Rwanda, un génocide populaire*. Paris: Karthala.
- Kimonyo, J.-P. (2012). *Contexte historique du Rwanda*. Université du Rwanda, Butare, 18-19 septembre 2012. Colloque international: "Elaboration de modèles et de modes d'intervention et de formation en santé mentale au Rwanda". Inédit.
- Kinable, J. (2006). Les rapports entre responsabilité et culpabilité à propos/au jour de la psychopathologie. Dans F. Digneffe, & T. Moreau, *Reponsabilités et responsabilisation dans la justice pénale* (pp. 37-74). Bruxelles: De Boeck & Larcier.
- Kleimman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition*. New York: Ed. Basic Book.
- Klein, A., & Brackelaire, J.-L. (1999). Le dispositif : Une aide aux identités en crise? *Hermès*, 25, pp. 67-82.
- Korman, R. (2014). Indirimbo z'icyunamo. Chanter la mémoire du génocide . *Les Temps modernes*, 680/681(4), pp. 350-361.
- Kotek, J., & Rigoulot, P. (2000). *Le siècle des camps. Détention, extermination, cent ans de mal radical*. Paris: JC Lattès.
- Kristensen, S. (2011). La posture du témoin. Dans D. Collin, & R. Waintrater, *Les mots du génocide* (pp. 63-77). Genève: Metispresses.
- Kübler-Ross, E., & Kessler, D. (2005). *On Grief and Grieving. Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Simon & Schuster.
- Lagache, D. (1949). Psychologie clinique et méthode clinique . *L'évolution psychiatrique*, 1, pp. 155-178.
- Laplatine, F. (1992). *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot.
- Le Guen, A. (2001). *De mères en filles. Imago de la féminité*. Paris: PUF.
- Lebon, C. (2012). *Vers l'intime silence des ventres, la voie des enfants. Itinéraire psychanalytique de transmission d'une co-naissance dans les familles rwandaises rescapées du génocide*. Louvain-la-Neuve: Thèse de doctorat en sciences psychologiques et de l'éducation. Non Publié.
- Lebon, C. (2013). Comment ça se fait qu'au Rwanda c'est la pluie, ailleurs c'est la neige, alors que se sont les mêmes nuages. Dans J.-L. Brackelaire, M. Cornejo, & J. Kinable, *Violence politique et traumatisme* (pp. 381-389). Louvain-la-Neuve: Academia-L'Harmattan.

- Lecomte, J.-M. (2001). *Enseigner l'Holocauste au 21ème siècle*. Strasbourg: Editions du Conseil de l'Europe.
- Legendre, P. (1985). *L'Inestimable objet de la transmission*. Paris: Fayard.
- Legrand, M. (1993). *L'approche biographique : théorie, clinique*. Paris: Desclée de Brouwer.
- Levi, P. (1997). Violence, mort collective, effets d'abolition des enjeux subjectifs. Dans M. Bertrand, *Les enfants dans la guerre et les violences civiles* (pp. 89-104). Paris: L'Harmattan.
- Levi, P. (2002). *Les naufragés et les rescapés. Quarante ans après Auschwitz*. Paris: Arcades Gallimard.
- Lévi-Strauss, C. (1973). *Anthropologie structurale*. Paris: Plon.
- Luckerhoff, J., & Guillemette, F. (2012). *Méthodologie de la théorisation enracinée. Fondements, procédures et usages*. Québec: Presses Universitaires de Québec.
- Malarewicz, J.-A. (2008). *Gérer les conflits au travail. La médiation systémique en entreprise*. Paris: Pearson.
- Masse, C. (2006). *Rapport de l'Assemblée Nationale (n°3074) relatif à la reconnaissance du génocide arménien*. En ligne: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rapports/r3074.pdf>.
- Masson, A. (2004). Le « moment adolescent » entre saisie par l'instant et constitution du présent. *Figures de la psychanalyse*, 9, pp. 103-126.
- Métraux, J.-C. (2011). *La migration comme métaphore*. Paris: La Dispute.
- Métraux, J.-C. (2004). *Deuils collectifs et création sociale*. Paris: La Dispute.
- Métraux, J.-C. (2010). L'élaboration des deuils collectifs. *L'autre*, 11(2), pp. 168-176.
- MINISANTE. (2005). *Health sector policy*. Kigali: Government of Rwanda.
- MINISANTE. (2008). *Prise en charge psychosociale des personnes infectées et/ou affectés par le VIH. Guide du prestataire*. Kigali: TRAC Plus.
- MINISANTE. (2009). *National Strategic Plan for HIV and AIDS 2009-2012*. Kigali: Republic of Rwanda.
- MINISANTE. (2012). *National Mental Health Policy*. Kigali: <http://www.moh.gov.rw/>.

- MINISANTE. (2013). *National Guidelines for Prevention and Management of HIV, STIs & Other Blood Borne Infections*. KIGALI: RBC (Rwanda Biomedical Center) A healthy people, a wealthy nation.
- Moro, M. R., & Nathan, T. (1995). Ethnopsychiatrie de l'enfant. Dans S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé, *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome I* (pp. 423-446). Paris: PUF.
- Moro, M.-R., & Lebovici, S. (1995). *Face au traumatisme, psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie*. Paris: PUF. Monographie de la psychiatrie de l'enfant.
- Moro, M.-R., & Sturm, G. (2012). Trauma et cultures : de l'intime au collectif. Dans Y. Mouchenik, T. Baubet, & M.-R. Moro, *Manuel des psychotraumatismes* (pp. 11-17). Grenoble: La pensée sauvage.
- Mouchenik, Y. (2012). Quelles théories et quelles cliniques pour la prise en charge des traumatismes psychiques ? Dans Y. Mouchenik, T. Baubet, & M.-R. Moro, *Manuel des psychotraumatismes* (pp. 19-24). Grenoble: La pensée sauvage.
- Mucchielli, A. (2011). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris: Armand Colin.
- Mucchielli, A. (2011). Méthode d'analyse structurale. Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (pp. 265-267). Paris: Armand Colin.
- Mugesera, A. (2004). *Imibereho y'Abatutsi: 1959-1990*. Kigali: Les Editions Rwandaises.
- Mugesera, A. (2015). *Les conditions de vie des Tutsi au Rwanda de 1959 à 1990*. Bruxelles: Izuba.
- Mujawayo. (2007). Les femmes qui ne se reconnaissent plus. Dans V. Bourboulon, & E. Sandlarz, *De la violence politique au traumatisme, Errance et solitudes* (pp. 95-103). Paris: L'Harmattan.
- Mujawayo, E., & Belhaddad, S. (2004). *SurVivantes. Rwanda - histoire d'un génocide*. La tour d'Aigues: Editions de l'aube.
- Mujawayo, E., & Belhaddad, S. (2004). *Survivants: Rwanda, dix ans après*. La Tour-d'Aigues: Editions de l'Aube.
- Mujawayo, E., & Belhaddad, S. (2011). *SurVivantes*. Genève: MetisPresses.
- Mukamana, D., & Brysiewicz, P. (2008). The Lived Experience of Genocide Rape Survivors in Rwanda. *Journal of nursing scholarship*, 40(4), pp. 79-384.

- Mukamugema, F. (2003). Les femmes rwandaises et les événements de 1994. Dans J. Fierens, *Femmes et génocide: Le cas rwandais* (pp. 75-101). Bruxelles: La Charte.
- Mukamusoni, J., Gishoma, D., & Seuhoro, C. (2011). Enfants nés du viol : difficile question des origines. *Revue Quart Monde*, 220.
- Mukarusanga, M. I. (2010). *Les violences sexuelles sur les mineurs au Rwanda*. Université de Toulouse II. Le Mirail: Editions Universitaires Européennes.
- Munyandamutsa, N. (2001). *Question du sens et des repères dans le traumatisme psychique. Réflexions autour de l'observation clinique d'enfants et d'adolescents survivants du génocide rwandais de 1994*. Genève: Médecine & Hygiène.
- Munyandamutsa, N. (2004). Blessure invisible, une expérience déroutante. *Humanitaire*, 10, pp. 160-167.
- Munyandamutsa, N. (2008). Le prix du silence et le temps de la créativité. *Schweizer archiv für neurologie und psychiatrie*, 159(8), pp. 490-495.
- Munyandamutsa, N. (2013). Création de moi, création de toi, dans le sillage du trauma devastateur. Dans J.-L. Brackelaire, M. Cornejo, & J. Kinable, *Violence politique et traumatisme. Processus d'élaboration et de création* (pp. 359-366). Louvain-la-Neuve: Academia-L'Harmattan.
- Munyandamutsa, N., & Mahoro, M. (2009). *Prévalence de l'Etat de stress post traumatique dans la population rwandaise : Diversité des figures cliniques, abus de drogues et autres co-morbidités*. Kigali: Inédit.
- Munyandamutsa, N., Godard, M.-O., Rutembesa, E., & Mutarabayire-Schafer, A. (2012). *Rwanda. Gacaca, un rendez-vous risqué*. Ibuka-Médecin du monde.
- Munyandamutsa, N., Mahoro Nkubamugisha, P., Gex-Fabry, M., & Eytan, A. (2012). Mental and physical health in Rwanda 14 years after the genocide. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 47(11), pp. 1753-61.
- Munyaneza, T. (2011). Effacement des épreuves du génocide et les distortions des témoignages. *Dialogue*, 195-196, pp. 95-125.
- Mutamba, J. (2005). *Le rôle de la femme dans le processus de réconciliation et de consolidation de la paix au Rwanda: dix ans après le génocide 1994-2004*. Etude de la Commission Nationale de l'Unité et la Réconciliation. Kigali: <http://www.nurc.gov.rw>.
- Muzungu, B. (1974). *Le Dieu de nos pères*. Bujumbura: Presses Lavigerie.

- Ndushabandi, E. (2011). Figure de l'autre et construction de l'identité de la victime à travers l'Association des Étudiants et Élèves Rescapés du Génocide (AERG). *Dialogue*, 195, pp. 95-124.
- Ndushabandi, E. (2012). Figure de l'autre et construction de l'identité de la victime à travers l'Association des Étudiants et Élèves Rescapés du Génocide (AERG). Dans C. Sagara, *Génocide : les figures de la victime* (pp. 135-155). Bruxelles: La pensée et les hommes .
- Neugebauer, R., Fisher, P., Turner, B., Yamabe, S., Sarsfield, J., & Stehling-Ariza, T. (2009). Post-traumatic stress reactions among Rwandan children and adolescents in the early aftermath of genocide. *International Journal of Epidemiology*(DOI: 10.1093/ije/dyn375).
- Nichanian, M. (2015). *Détruire les Arméniens. Histoire d'un génocide*. Paris: PUF.
- Ntampaka, C. (2003). La femme dans la culture Rwandaise. Dans J. Fierens, *Femmes et Génocide. Le cas Rwandais* (pp. 37-74). Bruxelles: La Charte.
- Ogden, T. (2009). Analyser les formes de vie et de mort dans le transfert/contretransfert. Dans G. Kohon, *Essais sur la Mère morte et l'oeuvre d'A. Green* (pp. 189-214). Paris: Ithaque.
- Olga, B., & Correa, R. (1998). La clinique groupale dans la plurisubjectivité culturelle. Dans R. Kaës, O. Ruiz Correa, O. Douville, A. Eiguer, M.-R. Moro, A. Revah-Levy, & al, *Différence culturelle et souffrance de l'identité* (pp. 153-180). Paris: Dunod.
- Olivier de Sardan, J.-P. (1995). *Anthropologie et développement : essai en socio-anthropologie du changement social*. Paris: Karthala.
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Louvain-La-Neuve: Academia-Bruylant.
- OUA. (2004). *Rapport sur le génocide au Rwanda*. <http://enquete-citoyenne-rwanda.org: Survie>.
- Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, pp. 147-181.
- Paillé, P. (2007). La recherche qualitative. Une méthodologie de proximité. . Dans H. Dorvil, *Problèmes sociaux. Tome III. Théories et méthodologies de la recherche* (pp. 409-433). Québec: Presse de l'Université de Québec.
- Paillé, P. (2011). Recherche-action. Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines* (pp. 215-217). Paris: Armand Colin.

- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *Analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Paranagua, P. (2013, 05 15). Le génocide des Mayas en débat au Guatemala. *Le monde*, 21249, 15-05-2013, 4.
- Pedinielli, J.-L. (1995). Recherche clinique et méthodes quantitatives. Dans O. Bourguignon, & M. Bydlowski, *La recherche clinique en psychopathologie* (pp. 123-134). Paris: PUF.
- Pedinielli, J.-L. (2005). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris: Armand Colin.
- Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2010). *Observation clinique et étude de cas*. Paris: Armand Colin.
- Pérodeau, G. (1994). J'ai lu: Saint-Jarre (Du Sida: Anticipation imaginaire de la mort et sa mise en discours (1994), Paris, Denoël). *Santé mentale au Québec*, 19(2), pp. 249-252.
- Pires, A. (1997). *De quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales*. Ottawa: Édition numérique réalisée le 9 juillet 2007.
- Piret, A., Nizet, J., & Bourgeois, E. (1996). *Analyse structurale, une méthode d'analyse de contenu pour les sciences humaines*. Bruxelles: De Boek Université.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (1988). *Epistémologie et instrumentation en sciences sociales*. Liège: Mardaga.
- Prunier, G. (1997). *Rwanda, 1959-1996 - Histoire d'un génocide*. Paris: Dagorno.
- Quentel, J.-C. (1989). Le concept d'enfant, ou l'enfant dimension de la personne. *Anthropo-logiques*, 2, pp. 261-272.
- Quentel, J.-C. (1992). L'enfant dans son rapport à l'altérité. *Anthropo-logiques*, 4, pp. 135-155.
- Quentel, J.-C. (1993). *L'enfant. Problème de genèse et d'histoire*. Bruxelles: De Boeck.
- Quentel, J.-C. (1997). *L'enfant: problèmes de genèse et d'histoire*. Bruxelles: De Boeck.
- Quentel, J.-C. (2001). *La parent: Responsabilité et culpabilité en question*. Bruxelles: De Boeck.
- Quentel, J.-C. (2004). L'adolescence et ses fondements anthropologiques. *Comprendre. « Les jeunes »*, 5, 25-41.
- Quentel, J.-C. (2011). *L'adolescence aux marges du social*. Bruxelles: Fabert.

- Racamier, P.-C. (1992). *Le Génie des origines : Psychanalyse et psychoses*. Paris: Payot.
- Renders, X. (1991). *Le jeu de la demande. Une histoire de la psychanalyse d'enfants*. Bruxelles: De Boeck.
- Renders, X. (1992). "L'enfant en quête", de Winnicott. Un mode de penser les paradoxes, périls et horreurs de la relation adulte-enfant. *Peeters Publishers*, 4, pp. 121-134.
- RESIR. (2015). *Conférence-débat autour du livre intitulé « Rwanda : Racisme et génocide. L'idéologie hamitique »* (éd. Belin, 2013), co-écrit par Jean-Pierre Chrétien et Marcel Kabanda. Bruxelles: ULB, Campus du Solbosch, Auditoire H-1302.
- Revault d'Allonnes, M. (2007). L'effondrement du commun. Dans V. Bourboulon, & E. Sandlarz, *De la violence politique au traumatisme* (pp. 71-79). Paris: L'Harmattan.
- Revel, J. (2009). *Le vocabulaire de Foucault*. Paris: Ellipses.
- Ricci, S. (2014). *Avant de tuer les femmes, vous devez les violer! Rwanda: Rapports de sexe et génocide des Tutsi*. Paris: Edition Syllepse.
- Ricoeur, P. (2000). *La Mémoire, l'histoire, l'oubli*. Paris: Seuil.
- Roisin, J. (2003). Victimes d'agression sexuelle, les ressources thérapeutiques des groupes de parole. *Revue francophone du stress et trauma*, 3(3), pp. 167-175.
- Roisin, J. (2010). *De la survivance à la vie. Essai sur le traumatisme psychique et sa guérison*. Paris: PUF.
- Royer, C. (2007). Introduction. Bilan et perspectives de la recherche. *Recherches qualitatives Hors-séries*, pp. 1-3.
- Rutayisire, P. (2014). Eglise Catholique dans la société rwandaise: un regard interrogateur. Dans T. Gatwa, & L. Rutinduka, *Histoire du christianisme au Rwanda* (pp. 251-343). Yaoundé: Clé.
- Rutazana, A. (2004). Justice et Gacaca: l'expérience rwandaise et le génocide. *Etudes rwandaïses*, 8, pp. 225-243.
- Rutembesa, E. (2004). *Le rôle du thérapeute traditionnel face au syndrome de stress post-traumatique généré par le génocide au Rwanda*. Université de Paris VIII, Paris: Thèse de doctorat en sciences psychologiques non publiée.
- Rutembesa, E. (2013). Les références culturelles comme socle thérapeutique: Illustration de quelques cas cliniques des survivants du génocide des Tutsis au Rwanda. Dans J.-L. Brackelaire, M. Cornejo, & J. Kinable, *Violence politique et traumatisme*.

- Processus d'élaboration et de création* (pp. 367-379). Louvain-la Neuve: Academia.
- Saint-Jarre, C. (1994). *Du sida : l'anticipation imaginaire de la mort et sa mise en discours*. Paris: Denoël.
- Sapir, M. (1996). *La relation au corps*. Paris: Dunod.
- Savoie-Zajc, L. (2011). Saturation. Dans A. Mucchielli, *Dictionnaire des Méthodes qualitatives en sciences humaines* (pp. 226-227). Paris: Armand Colin.
- Schaal, S., & Elbert, T. (2006). Ten years after the genocide: Trauma confrontation and posttraumatic stress in Rwandan adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 19*(1), pp. 95-105.
- Selek, P. (2015). *Parce qu'ils sont des arméniens*. Lyon: Liana Levi.
- Semujanga, J. (2013). Le négationnisme de l'Itsembabwoko, dénégaration et manipulation politique. Dans J. Semujanga, & J.-L. Galabert, *Faire face au négationnisme du génocide des Tutsi* (pp. 9-30). Toulouse: Izuba Éditions.
- Simbananiye, L. (2002). *Simbananiye, L. (2002). Les fondements culturels de la thématique de persécution à travers le système de nomination des personnes au Burundi*. Louvain-la-Neuve: Thèse de doctorat en sciences psychologiques non publié, Université Catholique de Louvain.
- Sironi, F. (1999). *Bourreaux et victimes. Psychologie de la torture*. Paris: Odile Jacob.
- Strauss, A. (1992). *La trame de la négation. Sociologie qualitative et intercatégorisme*. Paris: L'Harmattan.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage.
- Thomé, A. (1989). Douleur indicible du séropositif. Dans A. Ruffiot, *Psychologie du sida* (pp. 57-75). Bruxelles: De Boeck.
- Thouret, D. (2004). Temps sans temps: Clémence et sa mère. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe, 42*, pp. 91-115.
- Thys, P. (2003). Le sort des femmes dans les conflits armés. Dans J. Fierens, *Femmes et génocide, le cas du Rwanda* (pp. 9-36). Bruxelles: La Chartre.
- Tisseron, S. (2006). De la honte qui tue à la honte qui sauve. *Le Coq-Héron, 184*(1), pp. 18-31.

- Tisseron, S., Hachet, P., Nachin, L., Rand, N., Torok, M., & Rouchy, J.-C. (2012). *Le psychisme à l'épreuve des générations. Clinique du fantôme*. Paris: Dunod.
- Ulin, R. P., Robinson, T. E., & Tolley, E. E. (2005). *Qualitative Methods in Public Health. A Field Guide for Applied Research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Umubyeyi, B. (2010). *Exploring depression among people living with hiv/aids and attending a primary health care Centre in Kigali-Rwanda: a descriptive, crosssectional study*. Durban: Inédit.
- UNFPA. (2002). *Etude sur les croyances, les attitudes et les pratiques socio-culturelles en rapport avec le genre au Rwanda*. Kigali: Inédit.
- Uwera Kanyamanza, C. (2012). *Ménages d'enfants et enfants chefs de ménage dans l'après génocide au Rwanda (re) création d'appartenances*. Louvain-la Neuve: Thèse de doctorat en sciences psychologiques. Université Catholique de Louvain.
- Uwera Kanyamanza, C., & Brackelaire, J.-L. (2011). Ménages d'enfants sans parents au Rwanda (Re-)création d'une structure familiale après le génocide perpétré contre les Tutsis ? *Cahiers de psychologie clinique* , 37(2), pp. 9-46.
- Uwera, K. C., Brackelaire, J.-L., & Munyandamutsa, N. (2012). La fratrie dans les ménages d'enfants sans parents au Rwanda après le génocide. *Dialogue* , 196(2), pp. 61-72.
- Uwineza, J. (2005). *Les conséquences psychologiques de la violence intrafamiliale. Approche systémique*. Butare: Mémoire de licence, non publié.
- Uwineza, J. (2007). *Dialogue space for an appropriate psychological care*. Kigali: Oral presentation during 3rd national conference for exchange and research on HIV/AIDS.
- Uwineza, J. (2008a). *Toxicomanie, un malheur merveilleux: Comment comprendre ce phénomène?* Butare: Mémoire de Master en Psychologie Clinique et Thérapeutique. Non publié.
- Uwineza, J. (2008b). *Le VIH/sida, aspects psychiatriques et prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida*. Kigali: Présentation orale lors de la conférence nationale d'échange et de recherche (CNLS Abstract book).
- Uwineza, J., & Brackelaire, J.-L. (2012). *L'« entre-nous » : espace de réparation psychique chez les personnes traumatisées dans le Rwanda post-génocide*. Butare: Univeristé du Rwanda, 18-19 septembre 2012. Colloque international: "Elaboration de modèles et de modes d'intervention et de formation en santé mentale au Rwanda". Inédit.

- Uwineza, J., & Brackelaire, J.-L. (2014). Après le génocide, régénérer l'"entregénération" pour naître à soi. A partir d'une recherche-action avec des mères rescapées et leurs enfants adolescents au Rwanda. *Cahiers de psychologie clinique*, 43(2), pp. 143-171.
- Uwineza, J., Brackelaire, J.-L., & Masson, A. (2014). Abus sexuels chez l'enfant : comment ouvrir un espace sécurisant, entre le thérapeutique et le juridique, pour libérer la victime de la terreur et de la honte imposées? Une approche par deux situations cliniques dans le contexte post-génocide au Rwanda. *Corps à corps. Souffrances du corps et travail psychique chez le bébé, l'enfant, l'adolescent, la famille et le soignant*. Bruxelles: Présentation orale, non publiée.
- Van Der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation*. Montréal, Bruxelles: Les Presses Universitaires de Montréal, De Boeck.
- Van Gennep, A. (1981). *Les rites de passage : étude systématique des rites* (Paris: Emile Nourry). Paris: Version en ligne sur le site Les Classiques des sciences sociales par R. Toussaint.
- Van't Spijker, G. (1990). *Les usages funéraires et la mission de l'Eglise. Une étude anthropologique des rites funéraires au Rwanda*. Utrecht: Kok-Kampen.
- Van't Spijker, G. (2007). *Indicible Rwanda. Expériences et réflexions d'un pasteur missionnaire*. Yaoundé: Clé.
- Van't Spijker-Niemi, A. (2011). *Rencontre devant la face de Dieu. La pastorale en Afrique, Théorie et pratique*. Yaoundé: Clé.
- Vastrat, G., & Adam, C. (2004). Interanalyse Szondi-Rorschach :le cas d'un auteur d'infraction à caractère sexuel, Monsieur F. *Cahier du CEP*, 10, pp. 157-165.
- Verschoot, O. (2007). *Ils ont tué leurs enfants. Approche psychologique de l'infanticide*. Paris: Imago.
- Verspieren, M.-R. (1991). *Recherche-Action de type de type stratégique et Science(s) de l'Education*. Bruxelles/Paris: Contradictions/L'Harmattan.
- Vigarello, G. (1998). *Histoire du viol: XVIe-XXe siècles*. Paris: Seuil.
- Waintraiter, R. (2003). *Sortir du génocide. Témoigner pour réapprendre à vivre*. Paris: Payot.
- Waintraiter, R. (2000). Le pacte testimonial, une idéologie qui fait lien? *Revue française de psychanalyse*, 1(64), pp. 201-210.

- Waintrater, R. (2011). Sur les ruines de la langue. Dans D. Colin, & R. Waintrater, *Les mots du génocide* (pp. 153-166). Genève: Metispresses.
- Waintrater, R. (2014). Les Bienveillantes, Un livre sur le mal? Dans F. Neau, D. Zagury, A. Ciavaldini, M.-O. Godard, R. Waintrater, P. Lurcel, & Perelberg, *Cruautés* (pp. 85-103). Paris: PUF.
- Walstrom, P., Operario, D., Zlotnick, C., & Mutimura, E. C. (2012). I think my future will be better than my past': Examining support group influence on the mental health of HIV-infected Rwandan women . *Global Public Health*, 8, pp. 90-105.
- Watzlawick, P., Beavin, H. B., & Jackson, D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris: Seuil.
- WHO. (2013). *Consolidated guide lines on the use of antiretroviral drugus for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach*. Genève:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85321/1/9789241505727_eng.pdf.
- Winnicott, D. (1975 [1971]). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard.
- Winnicott, D. (1989 [1969]). *De la Psychiatrie à la Psychanalyse*. Paris: Payot.
- Winnicott, D. (2004 [1966]). *Conversations Ordinaires*. Strasbourg: Folio Essais.
- Winnicott, D. (2010). *La famille suffisamment bonne*. Paris: Dunod.
- Zajde, N. (2005). *Guérir de la Shoah*. Paris: Odile Jacob.