

6^{ème} JOURNEE REGIONALE DES PASS D'AQUITAINE
10 mai 2016
Pessac (33)

Dr Christophe LAGABRIELLE
Psychiatre
EMPP Bordeaux
CH Charles Perrens
clagabrielle@ch-perrens.fr

Que dire du traumatisme chez les migrants ?

Tout d'abord il faut préciser que cette présentation a pour but de donner un panorama des conséquences du traumatisme chez les migrants. Ce n'est pas une présentation spécialisée, que ce soit sur le plan psychiatrique ou sur le plan psychothérapeutique. Il s'adresse de façon générale aux différentes professions des équipes pluridisciplinaires qui constituent les PASS et les EMPP.

Tout d'abord que dire du traumatisme ?

Que dire du PTSD, Post-traumatic Syndrome Disorder, ou du Trouble Stress post-traumatique, appelé aussi par les psychologues français, le psychotraumatisme.

Il est une donnée essentielle qui ne peut pas être ignorée, c'est que le traumatisme s'inscrit dans la mémoire, donc dans le cerveau, dont qui serait le lieu de l'esprit. Mais à l'écoute des patients, nous ne pouvons pas ignorer, son retentissement dans tout l'organisme : manifestations d'oppression thoracique, de céphalées, douleurs abdominales, tremblement des membres. Nous dirons donc que le traumatisme diffuse dans tout l'organisme, dans le corps, dans le corps bien sûr anatomique, mais aussi dans le corps neurophysiologique, c'est-à-dire dans le corps émotionnel, dans le corps vivant, comme disent les philosophes phénoménologues (Husserl, Heidegger en Allemagne, Merleau-Ponty en France). Nous nommerons ici ce corps vivant la corporalité.

Le traumatisme laisse donc une empreinte, une marque, une trace dans la corporalité de la personne. Freud parlait lui d'une vacuole déposée au sein du psychisme.

On pourrait parler de traumatisme psycho-corporel ou de traumatisme de la corporalité, ou mieux encore, de traumatisme dans la corporalité, au sein de la corporalité de la personne.

Corps et esprit doivent être pris, dans ce contexte de trace traumatique, dans leur lien indissociable, dans leur « entrelacs » comme le dit le philosophe Maurice Merleau Ponty.

Psychotraumatisme : pathologie de la mémoire donc et pathologie qui laisse trace dans la corporalité du sujet.

Quelle conséquence cela a-t-il ?

Les patients nous montrent que le rappel du traumatisme n'est pas permanent, qu'il est séquentiel, activé par des signaux qui le réactive : un bruit de sirène, la vision d'un policier, une odeur particulière, que les patients cherchent d'ailleurs à éviter.

La personne se perçoit donc tantôt comme saine, de bon contact, ouverte et présente au monde, tantôt elle est attaquée par le souvenir de son traumatisme. Ce sont les réviviscences, de revivre le traumatisme, avec son cortège émotionnel de peur (ou de stress).

Quand la partie saine du sujet n'est pas suffisamment contenante, par exemple en cas de dépression, ou de perte de repère liés à la migration, la trace traumatique en se réactivant, diffuse, irradie, se répand dans tout le sujet avec force et même violence. Freud dirait que la vacuole traumatique va au delà de ses limites physiques de déformation et se rompt. Des éléments dissociatifs (déréalisation ou perte de contact, dépersonnalisation ou sentiment de ne plus être soi-même peuvent survenir). A un niveau d'intensité supérieur dans leurs capacités de désorganisation, peuvent survenir des éléments psychotiques telles que des hallucinations auditives, des idées délirantes de persécutions, des fausses reconnaissances de ses agresseurs. Des douleurs intenses et fréquentes sont aussi souvent associées au psychotraumatisme.

Sous les assauts du souvenir du traumatisme, la personne voit sa cohérence identitaire se disloquer, se morceler. Les patients disent souvent : « depuis ce jour là je ne suis plus le même ».

La personne est alors portée, projetée à l'extérieur de sa réalité intérieure habituelle, sa réalité intérieure jusque-là connue, hors de tous repères. Elle se trouve donc très vulnérable, très en souffrance, perdue et hagard.

C'est ce tableau que l'on voit souvent chez les migrants. Les réviviscences traumatiques au sein de la corporalité disloquent leur corporalité pour les faire souffrir dans leur chair, dans leur corps-vivant (le Leib en allemand).

Du point de vue de la temporalité, il y a un avant le traumatisme et un après le traumatisme : « je ne suis plus le même ». Le traumatisme fait rupture, fait fracture.

L'empreinte dislocatrice dans la corporalité de la personne et la rupture dans la temporalité de son identité sont les deux dimensions qu'il faut garder en mémoire face à ses migrants traumatisés. Chez nos patient migrants, la fracture entraînée

par le traumatisme vient souvent être doublée, déclenchée ou potentialisée par le voyage migratoire, par le « avant » la migration et par le « après » la migration.

Cette empreinte renvoie-t-elle à la question de la peur ou à la question de la mort ?

Le traumatisme confronte bien évidemment à la peur, à la terreur même, par la dimension soudaine et brutale du danger qui surgit devant la personne. Il s'agit de la menace d'une mort imminente. Il s'agit de la mort pour soi-même ou de la mort pour l'autre qui renvoie, par identification, à la peur de sa propre mort.

L'homme ne peut que se défendre, se protéger ceci par une réaction liée à l'instinct de survie. Ce sont les comportements d'agression et de fuite. Mais quand ces deux mécanismes sont dépassés, des éléments dissociatifs de déréalisation et de dépersonnalisation (à type de prostration et de comportement automatiques) apparaissent. Ils signifient que l'agression disloque déjà le sujet et laissera sans doute une trace plus durable chez la personne, à type de psychotraumatisme, plus souvent que si ces phénomènes ne sont pas présents.

Nous sommes donc devant une peur intense - une terreur - qui laisse trace, et qui se réactive lors et par des réviviscences. Mais de quoi la personne est elle terrorisée ? Peur de voir la mort en face et donc peur de mourir on l'a vu. Mais qu'est ce que la peur de mourir si ce n'est la peur d'un inconnu, la peur du néant. Se confronter à une peur non représentable car non connaissable, s'appelle de l'angoisse. Nous parlons ici de l'angoisse de mort.

Nous vous proposons donc de dire que la personne psychotraumatisée est confrontée à deux composantes distinctes, liées et indissociables : la terreur de la mort dans sa composante émotionnelle d'une part, et d'autre part, l'angoisse de la mort dans sa composante existentielle.

Ces deux composantes s'appuient sur le fonctionnement de deux systèmes neurophysiologiques différents. Le système du stress immédiat qui active le système catécholaminergiques et ses manifestations cardiaques, respiratoire, musculaire. Il est relayé dans le temps, environ 40 mn après, par le système neuroendocrinien cortisolique, beaucoup plus durable et lent dans le temps et qui pourrait recouper le sentiment d'angoisse.

Nous avons donc deux composantes qui renvoient à deux problématiques différentes, les deux étant liées : la peur et l'angoisse. La peur renvoie à l'instinct de survie et l'angoisse à l'inconnu de la finitude.

Quelles conséquences ces deux éléments ont pour et sur l'accompagnement des migrants traumatisés que nous recevons ?

Face à la force dislocatrice du traumatisme sur la cohérence identitaire, et dans un contexte de perte de repères liés à la migration, il est important de pouvoir apporter des forces, des éléments de cohésion qui viennent de l'extérieur, de l'environnement. Nous parlerons ici de deux éléments.

Le premier élément est d'apporter, dans la réalité physique, un sentiment de sécurité avec un toit. Oui cela est très prosaïque et terre à terre, mais il s'agit pour nous accompagnant, d'aider à faire passer les migrants de « homeless » people à « home-people » . Le toit ce sont quatre murs, un plancher et un plafond, ce qui a donc valeur de contenance. C'est aussi un lieu avec une porte et une porte qui doit fermer à clefs pour assurer la sécurité de la personne, en tous cas, autant que faire ce peut. C'est aussi le lieu où le retour sur l'intime de soi est possible, pour reprendre une cohérence. C'est le lieu de la sécurité, à défaut sans doute de pouvoir être le lieu du repos.

Proposer un lieu secure, certes, mais pas un lieu de solitude, d'isolement. Quand ils sont seuls, les migrants sont très rapidement absorbés par le retour du traumatisme et donc le lieu de la reprise de la dislocation, doublé de la perte de leur pays et sa culture. Ce qui est protecteur au moment du traumatisme et réparateurs dans les souvenirs traumatiques enkystés c'est la présence de l'autre, le lien aux autres.

La présence des autres permet de ne pas rentrer (protection) ou de quitter (thérapeutique) le lieu et le temps du traumatisme. Il permet de quitter les épisodes de déréalisation et de dépersonnalisation pour se retrouver dans un ici et maintenant dans la réalité du présent.

Le lien à l'autre, quand il est apaisant, permet d'aider à quitter la terreur pour revenir dans une peur moins intense qui permet alors la confrontation de la personne avec l'angoisse de la mort et sa prise de conscience qui jusque-là était empêchée par l'intensité émotionnelle de la peur. Cet apaisement offre donc la possibilité de traverser, en s'y confrontant, l'angoisse la mort et sa composante existentielle qui est irréductible à notre condition humaine.

Pour traverser cette angoisse, nous ne pouvons, en tant qu'accompagnant, quelque soit notre métier de soignant, que la laisser exister. C'est le seul passage, la seule issue que l'on peut proposer et espérer pour nos patients. Aider à traverser dans un espace-temps donné, la confrontation avec l'angoisse de la mort.

Et donc si dans notre lien avec ces migrants traumatisés, nous avons l'opportunité et la capacité de rester dans une présence sans faille dans ces moments de terreurs revécues, en leur signifiant, le plus subtilement et le plus délicatement notre présence de personne vivante à leur côté, nous avons une fonction apaisante, mais aussi re-réalisante, re-fondatrice de cohérence.

Si nous avons capacité, à venir se mettre, souvent dans le silence, en partage de leur confrontation avec leur angoisse de mort pour que cette confrontation soit une traversée, pour qu'ils regagnent la rive du quotidien qui passe, avec l'illusion retrouvée de notre immortalité, comme le décrivait Freud, nous aurons fait notre travail de thérapeute. Seul le lien, le « être là ensemble » permet cela.

En conclusion : quels grands apports pouvons nous en tirer pour nos accompagnements ?

Pour accompagner les migrants traumatisés, voici les grands axes que nous avons dégagé et qui sont bien sur à décliner et à préciser en fonction des spécificités des disciplines que chacun exerce.

- Essayer autant que faire ce peut de trouver pour ces migrants là un lieu secure dans lequel ils puissent trouver repos et sécurité.
- Encourager la socialisation pour les aider à sortir de la réactivation traumatique et leur permettre de s'insérer dans une nouvelle communauté de vie, source de reconstruction identitaire.
- Offrir une présence apaisante dans les moments de réactivation de peur intense.
- Traverser à leurs côtés la confrontation à l'angoisse de la mort
- Etre patient et croire coûte que coûte en la présence de la vie au cœur du souvenir terrifiant et mortifère du traumatisme.