

Traiter le psychotraumatisme des migrants : **plusieurs pistes existent pour agir en temps court**

Bien que cet aspect de la question soit peu souvent évoqué, la migration est un traumatisme que des services de santé mentale comme la Clinique de l'Exil à Namur ont pour vocation de prendre en charge, en terme d'accompagnement psychothérapeutique. C'est précisément cet organisme qui a récemment mis sur pied une conférence consacrée au thème de « *Psychotraumatisme et migration comme crise d'existence : outils des thérapies en temps court pour un accompagnement efficient* ». Une occasion rare de découvrir le phénomène migratoire sous l'angle du migrant et de ses blessures personnelles qui peuvent se révéler profondes et indélébiles.

L'objectif de la conférence namuroise était de resituer les besoins et problématiques spécifiques aux primo-arrivants afin de mieux comprendre leurs traumatismes. S'adressant en priorité aux professionnels de la question (psychologues, psychiatres, assistants sociaux, infirmiers, éducateurs, etc.) en contact avec ce public, elle visait également à augmenter les capacités et les compétences de ceux-ci dans l'accueil et la gestion de la crise traumatique de ces personnes.

Les rênes de cette journée étaient confiées à Jean-François Terakowski, psychologue clinicien, psychothérapeute, chargé de cours universitaires et formateur. Formé lui-même aux thérapies brèves, celui-ci prône l'utilisation de stratégies particulières parmi lesquelles le modèle thérapeutique M.A.T.H. (pour Mouvements Alternatifs en Thérapie et Hypnose) dont il est lui-même développeur.

Une nécessité de prise en soin médico-psycho-sociale

La thérapie en temps court a pour but de venir en aide aux souffrances migratoires, en effectuant une prise en soin (terme préféré à « prise en charge » où la personne est vue comme passive) de l'individu pour qui l'arrivée dans un pays d'accueil est un moment de crise. Selon l'intervenant, il importe de mobiliser une énergie pour épauler ces gens exténués dans le franchissement de cette crise qui apparaît à la fois comme un moment de jugement (l'individu se mesure à « autre chose ») et comme une phase de tamisage des éléments de sa vie. Et la souffrance mentale des

migrants est un phénomène avéré dont la détection et la prise en soin ne sont pas neuves.

Ainsi, en 2005, une étude démontrait que 10% des migrants interrogés souffraient de PTSD (syndrome de stress post-traumatique) et 25% de dépression. En 2009, une autre enquête constatait une prévalence de 30% pour les PTSD et le syndrome anxio-dépressif chez les demandeurs d'asile et les réfugiés, soit les personnes déjà accueillies, un chiffre qui laisse augurer une situation encore bien pire chez les individus en errance. Enfin, plus récemment en 2015, une augmentation des PTSD a été constatée chez les réfugiés, tandis que, tout dernièrement en 2016, un taux de PTSD de 10% était détecté chez les migrants, une mesure plus de trois fois supérieure à celle évaluée au sein de la population locale (entre 1 et 3%).

Certains liens évidents ont été établis autour de ces PTSD, comme celui qui les relie avec le fait d'avoir vécu des tortures et avec le nombre d'événements potentiellement traumatiques endurés. Parallèlement, une corrélation a également été observée entre ces troubles thymiques et les conditions de vie dans le pays d'accueil (conditions économiques, possession ou non d'un logement, difficulté à parler la langue locale, etc.) qui matérialisent une absence de reconnaissance. Ces situations de détresse engendrent une nécessité de prise en soin médico-psycho-sociale, alors que le système de soins est complexe d'accès pour des migrants dénués de droits aux soins, en manque de confiance voire en état de méfiance, et en manque de connaissance de l'orientation à suivre.

Une palette de modèles thérapeutiques

Plusieurs types de thérapies existent pour la prise en soin de ces traumatismes, en association avec un bon accès à l'interprétariat, un travail avec les familles et des connaissances et/ou compétences culturelles. Parmi celles-ci, les thérapies brèves (ou en temps court) constituent une approche qui regroupe plusieurs modèles. Parmi ceux-ci, figure le modèle Palo Alto qui fonctionne sur le cadre de paradoxe de l'individu, qui peut se résumer en une phrase : « Je me sauve pour une vie meilleure, mais quand j'arrive ailleurs, je suis plus mal qu'avant. » Le risque dans cette

approche est de devenir des intégristes de ce qu'il ne faut pas faire et de ce qu'on pense être une bonne solution.

Dans un autre registre, le modèle TOS s'ancre dans les ressources et compétences que les gens traumatisés ne peuvent pas trouver et mobiliser. C'est une approche dite « solutionniste » qui part de ce que la personne peut faire, pas de son trauma, avec l'idée de passer le plus vite possible du problème du migrant à une solution, via notamment des petits objectifs intermédiaires et des solutions pour y parvenir. Autre modèle, celui qui conjugue hypnose et approche stratégique consiste à répondre à chaque fois de manière différente, sur base de constats comme celui qui veut que, paradoxalement, rassurer une personne ne la rassure pas, alors que dramatiser ses questions la rassure par son caractère excessif. De même, proposer au migrant de vivre ses angoisses à heure fixe fait décroître ces angoisses en amenant son esprit à se concentrer davantage sur l'heure que sur son angoisse.

D'autres modèles coexistent également. La thérapie provocatrice qui opère en recadrant violemment le patient pour l'amener à réagir violemment, sur base du fait que modifier un paramètre équivaut à modifier tous les autres. L'enchaînement passe alors des blocages et des angoisses à l'action, via le choc provocateur. Il y a aussi l'intégrabilité où tout se construit sous forme de contrat. S'ajoutent enfin le modèle EMDR (pour Eye Movement Desensitization and Reprocessing) qui s'appuie sur des stimulations sensorielles pour désensibiliser progressivement les individus de leurs traumas et le modèle de thérapie narrative qui part du postulat qu'un homme, c'est une histoire et une mémoire.

Traiter le futur avec la mémoire du passé

Pour la thérapie narrative, l'histoire qu'un individu, migrant ou pas, se raconte se construit sur son histoire dominante. Classiquement, un migrant raconte son lendemain angoissant, pas trop son passé, et finit par être dominé par une histoire qui n'est qu'une fraction de son histoire réelle. Le principe de cette thérapie est donc que, si on est dominé par une histoire, il faut aller chercher d'autres pans de son histoire. À travers des questions très finement ciselées, le thérapeute entreprend de faire raconter son histoire par le patient. Cela l'amène notamment à externaliser ses

problèmes, selon l'idée que l'individu est entré en dépression, mais n'est pas sa dépression.

Devenue progressivement l'une des principales thérapies post-modernes depuis 2000, l'approche narrative utilise la métaphore des cartes routières, en traçant de nouveaux chemins pour l'individu. Ces cartes sont multiples et ont pour objectif de faire passer le migrant du connu et familier à ce qu'il est possible de découvrir. « *Le thérapeute y porte son intérêt sur le moment unique et le récit qui est construit autour, avec son émergence d'initiatives personnelles, d'intentions et de valeurs,* explique Jean-François Terakowski. *Les récits nouveaux sont reliés entre eux par une discussion de coopération et visent à la découverte de « moments vivants » négligés par l'histoire. »*

Sur le plan pratique, l'approche narrative implique de trouver un point d'entrée dans l'histoire (comme un moment de bonheur enfoui), de déconstruire l'histoire dominante qui donne au migrant une identité problématique (qui se résume souvent à « Je ne suis qu'un migrant »), de permettre la construction d'une identité narrative (préférée) qui consiste à pouvoir se raconter autrement, et, enfin, de permettre au migrant de redevenir auteur de sa vie.

Cette identité narrative se développe sur trois paysages. Le premier est le paysage de l'action (la relation du sujet avec une partie de son histoire préférée) sous la forme de « Je ne suis pas qu'un migrant, j'ai réussi à me sauver, moi et les miens. ». Le deuxième est le paysage des intentions (la relation du sujet à lui-même et à ses valeurs) qui englobe ses principes de vie, comme son courage d'être parti, etc. Enfin, le troisième est le paysage de la relation, de la coopération et de la connaissance qui interroge l'impact des intentions, valeurs et principes de vie sur le monde relationnel de l'individu. Et l'ensemble amène celui-ci à faire émerger une histoire alternative choisie qui le fait basculer d'une identité problématique à une identité préférée. Autrement dit, il s'agit de faire émerger un élément positif du passé pour le reprojeter dans le futur.

Passer de la souffrance à la capacité d'action

Le modèle M.A.T.H. (Mouvements Alternatifs en Thérapie et Hypnose, pour rappel) dont Jean-François Terakowski est un des développeurs est une approche synthétique qui fait travailler la mémoire pour trouver des solutions alternatives. Dans le champ migratoire, il s'agit de faire tomber une charge culpabilisante qui veut que le migrant se dit qu'il n'a pas fait ce qu'il aurait dû faire. Un psychotrauma se lisant toujours a posteriori, l'individu traduit que ce qu'il a fait pour son bien a conduit à un mal. Le but de la démarche est, dès lors, de passer de la souffrance de la relation à la capacité d'action, en traitant le vécu traumatique sur les axes relationnels infectés lors du trauma.

Ce trauma se noue sur trois composantes. Le traumatisme étant une hypnose (au même titre que la douleur, comme celle d'une rage de dent), la première composante du trauma est l'envahissement. Le trauma va s'incruster là où se trouvent les émotions. La deuxième composante est la perte de capacité de contrôle. C'est le principe de l'illusion d'être coupable. Une idée de cognition négative, obsessionnelle et qui supprime tout, va germer : celle d'avoir fait le mauvais choix. Et la troisième composante est l'absence ou la défaillance du « 1/3 secure », c'est-à-dire que la personne qui doit transmettre le message de sécurisation ne le fait pas. Le migrant quitte ses racines parce que c'est compliqué chez lui et quand il arrive à son lieu de destination, aucune main ne se tend. On le parque, on ne le nourrit pas... L'accueil devient un nouveau trauma.

Dominique Watrin