

**Souffrances psychiques et syndromes psychotraumatiques chez les migrant(e)s :  
éléments pour un nouveau paradigme**

Abdelhak Elghezouan

Analyse parue dans l'ouvrage « *Soigner l'Autre en contexte interculturel* », paru en 2016 aux éditions de L'Harmattan sous la coordination de Luc Snoeck et Altay Manço, p. 33-42.



## *Note de l'Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations*

Comme annoncé dans son rapport d'activité 2014, l'IRFAM s'est concentré, en 2015/2016, sur la question de la santé mentale des migrants. L'institut a abordé cette question complexe à travers une série de collaborations de longue haleine visant la valorisation et la diffusion de pratiques interculturelles qui impliquent activement les populations bénéficiaires. Dans ce cadre, les finalités de l'association sont, entre autres :

- Informer et sensibiliser le public par la publication et la diffusion de réflexions et d'analyses dans ce domaine ;
- Établir un dialogue entre les parties prenantes du domaine et introduire le concept de la responsabilité citoyenne dans les milieux dédiés à la santé mentale et sociale, concernés par la diversité de leurs publics ;
- Proposer des modalités de sensibilisation à la diversité socioculturelle en phase avec les besoins des milieux d'accueil et de soin (accompagnement d'équipes, conférences, publications et diffusion).

Au centre de cette initiative, parmi d'autres organismes, se trouvent le service de santé mentale pour migrants, l'association *Tabane à Liège*, et ses nombreux partenaires d'action et de réflexion.

La philosophie de Tabane ASBL ressemble à son histoire qui s'est construite, sur plusieurs décennies, dans l'interaction de ses intervenants professionnels, bénévoles, consultants, stagiaires et autres visiteurs. L'accompagnement de l'IRFAM, tel un bilan de cette intense activité, permet de dégager un écho méthodologique de cette évolution de vingt ans, tout en la situant dans le cadre d'autres recherches et initiatives du domaine de la santé mentale et sociale des migrants en Belgique et à l'étranger : *quelle est la spécificité du travail psychologique avec les migrants et les réfugiés ? Enfants, adultes et personnes âgées ? Comment les soignants, habitués à voir des patients plus proches de leurs références socioculturelles, se sentent-ils avec eux ?...*

Lorsque l'on travaille avec des migrants, il faut tenir compte de leur façon d'interpréter le monde, souvent différente de la nôtre. C'est ce que tente de montrer notre travail commun avec Tabane et ses alliés, tant à travers des exemples du domaine de la santé mentale qu'à travers l'analyse d'activités socioculturelles menées avec les patients migrants. Ces réflexions se prolongent également dans la sphère sociopolitique et nous interpellent en tant que citoyens : *l'accueil et l'inclusion ne sont-ils pas une implication de notre démocratie ?*

Cette collaboration s'est médiatisée, en 2016, à travers la publication de deux ouvrages dans notre collection « *Compétences Interculturelles* » aux éditions de L'Harmattan à Paris :

- *Soigner l'Autre en contexte interculturel*, paru en 2016 sous la coordination de Luc Snoeck et Altay Manço ;
- et *La fonction guérisseuse. Essai comparatiste sur les pratiques de guérison. Qu'est-ce que guérir ? Qui guérit ? Comment ?* de Daniel Schurmans, paru également en 2016.

Elle se matérialise aussi à travers la diffusion d'un numéro spécial de la lettre électronique de l'IRFAM : *Diversités et Citoyennetés* (n° 46-47, octobre 2016, accessible sur [www.irfam.org](http://www.irfam.org)) portant sur le thème « *Psychologie et migrations* ».

Enfin, les conférences organisées avec la participation de l'IRFAM, fin 2015, en 2016 et au début de l'année 2017 (essentiellement dans la région de Liège), contribuent également à la diffusion des constats critiques et des recommandations pratiques repris dans nos publications.

Ces méthodes innovantes se déclinent en thérapies collectives ou individuelles, ou encore en actions socioculturelles collaboratives. Elles ont été présentées et débattues par des experts, des acteurs, des bénévoles et des bénéficiaires, lors de réunions ou de consultations coorganisées à Liège, avec notre partenaire Tabane. Ce travail d'écoute et d'analyse collective en amont des publications a également eu lieu avec d'autres intervenants, notamment à Verviers (Espace 28 ASBL, Service de Santé Mentale de Verviers, Couleurs Café ASBL...).

Cette mobilisation réflexive a eu pour effet de « théoriser » ou de « modéliser » les pratiques en matière de santé mentale. La démarche donne lieu à une meilleure appropriation des enjeux et des méthodes développées par le réseau concerné. Un des points d'orgue de ce programme de réflexion et de débat fut, notamment, le colloque de Tabane tenu au CHR de Liège, en décembre 2015, une rencontre ayant alimenté nos publications, entre autres avec les contributions de partenaires de Suisse et de France.

## **Souffrances psychiques et syndromes psychotraumatiques chez les migrant(e)s : éléments pour un nouveau paradigme**

*Abdelhak Elghezouani*

Peu a été écrit sur ce que ressentent les déplacés, les réfugiés vivant ou ayant vécu des situations de guerre, de répression généralisée, de famine et de privations aggravées parfois par un contexte d'anarchie totale, de violences endémiques et d'effondrement d'États, à travers lesquelles sont mises en cause « *l'intégrité et la continuité d'une organisation psychique individuelle, groupale [et] institutionnelle* » (Kaës, 2012). Avec ces migrants fuyant violences politiques, misère et privations, en quête de sécurité, de reconnaissance et de reconstruction, les problématiques s'avèrent complexes, se nourrissant l'une de l'autre. Nos approches monodisciplinaires spécialisées peuvent très vite se montrer inadéquates, voire délétères, ou pour le moins insuffisantes ou inefficaces. Il s'agirait d'inscrire les besoins des migrants de la violence dans une circularité de sorte que chacune de ces professions, soignant, éducateur, travailleur social, se trouve à tout moment concernée, jamais seule, mais au contraire en coopération et en complémentarité avec d'autres professionnels, éventuellement sur les mêmes lieux et dans les mêmes dispositifs. Nos formations et nos institutions nous isolent les uns des autres, la pratique devrait nous réunir. Nous tentons ici de tracer les lignes de force pour un nouveau paradigme d'analyse et d'intervention pour ces nouvelles affections « sociopsychiques ».

Les notions de stress ou de traumatisme psychique (psychotraumatisme) ne sont pas, *stricto sensu*, interchangeable, mais bien plutôt en relation dialectique. En ce qui concerne nos bénéficiaires, il faut considérer qu'ils vont et viennent de l'un à l'autre en permanence, d'autant plus que leur situation dans le pays d'accueil est loin d'être stable, rassurante ou même indemne de violences et de mauvais traitements. Sur le plan de leur santé psychique, chacun d'entre eux relève en fait de plusieurs diagnostics, le long d'un gradient de souffrances liées à l'adaptation à de nouvelles conditions de vie, aux pertes multiples, affectives, matérielles, culturelles, sociales, symboliques et donc aux états plus ou moins morbides, plus ou moins réversibles que cela peut entraîner. Selon les circonstances vécues, les psychotraumatismes sont alors à l'avant-plan ou non. Le stress n'est pas le trauma ; mais le trauma devient un stress internalisé. D'autre part, des stress intenses, durables, répétés exposent l'individu à des contraintes et à des événements insupportables et incompréhensibles, certains entraînant des séquelles sévères et des perturbations graves de la personnalité. Dans ce dernier cas, le syndrome de répétition (cauchemars et/ou reviviscences diurnes) n'est pas la caractéristique principale de la souffrance, mais c'est bien plutôt l'altération de la relation à soi-même et aux autres,

l'altération de la capacité à gérer les émotions, les conduites autodestructives et hétérodestructives, etc. De plus, et elles ne sont pas négligeables, des formes « atténuées » de séquelles de stress multiples et chroniques sont à prendre en compte, sous des formes se doublant ou pas des effets de « deuils migratoires » (Achotegui, 2005). Les séquelles des violences et des privations sont dès lors à considérer le long d'un axe, d'un continuum, et les psychotraumatismes tels que décrits dans la littérature n'en constituent qu'une modalité. Il y aurait une spécificité du travail clinique avec des personnes ayant vécu des violences extrêmes, de manière répétée, sur le long terme et, de plus, se trouvant déracinées et vivant dans des conditions difficiles. Cette spécificité découle précisément du fait que leurs besoins sont multiples et se trouvent adressés, plus ou moins explicitement et parfois de manière confuse ou paradoxale, à n'importe quel professionnel. Les professionnels ont alors à être suffisamment contenant (recevoir), fiables (protéger le lien et la relation) et empathiques (reconnaître la souffrance), qu'ils soient travailleurs sociaux, éducateurs ou enseignants, employés d'une administration ou de services soignants ou autres. Parmi ces professions, celle des « interprètes communautaires » se trouve, pour ainsi dire, en première ligne ; et, de fait, les interprètes communautaires se trouvent concernés en tant que professionnels, en tant que compatriotes des migrants et parfois en tant qu'anciennes victimes.

### **Les syndromes post-traumatiques**

La notion de traumatisme psychique s'applique aux réactions à un événement extrême qui affecte les pensées, les émotions et les comportements d'un individu victime, menacé ou témoin de scènes horribles qui peuvent s'inscrire dans des événements politiques et sociaux comme les crimes, les attentats, les génocides, les persécutions, les troubles et les guerres mettant en cause, par définition, la responsabilité humaine. La gravité du trauma, sa durée, sa proximité d'une part et, d'autre part, les antécédents personnels, les événements de la vie du sujet, sa vulnérabilité psychique et biologique, son environnement social et affectif interviennent dans l'installation du trouble. Selon la psychiatrie, la symptomatologie post-traumatique pourrait être réunie sous un petit nombre de catégories. La manifestation signant l'existence du mal est constituée par les reviviscences du souvenir traumatique : souvenirs spontanés, souvenirs déclenchés, toujours répétitifs, involontaires et envahissants.

A cette approche synchronique s'ajoute une approche diachronique s'attachant aux modalités de développement et d'expression des symptômes sur la durée. Cette approche permet de distinguer plusieurs modalités d'évolution, chacune caractérisée par la prégnance, l'absence ou la discrétion d'un symptôme ou d'un autre. Ainsi, de manière diachronique, la classification psychiatrique distingue un état aigu, immédiat ou post-immédiat de l'événement traumatique, et un état plus durable, voire chronique, dont l'apparition est parfois différée.

L'abord clinique des victimes de violences, développant ou pas un « syndrome de répétition » (cauchemars répétitifs reprenant l'événement traumatique ou

reviviscences diurnes), montre une diversité des « masques » que peuvent prendre les séquelles de violences extrêmes, ou répétées, de certaines situations de violences endémiques et d'arbitraire. Les évolutions de ces troubles peuvent être très variables, le long d'un continuum borné, d'une part, par des évolutions bénignes et réversibles et de l'autre, par des évolutions remarquablement sévères pouvant aller jusqu'à des états psychotiques ou débouchant sur des suicides.

Pour De Clercq et Lebigot (2001), les évolutions fluctuantes sont les plus nombreuses et se « caractérisent par des périodes plus ou moins longues lors desquelles les symptômes se manifestent de manière plus ou moins intense, avec parfois des espaces libres pouvant durer plusieurs années. Les rechutes peuvent impliquer ou pas un événement extérieur. Ces évolutions pouvant être constantes, conduire à des aggravations qui se chronicisent, ou s'atténuer jusqu'à disparaître en ne produisant plus que quelques cauchemars de temps en temps. [...] Les évolutions peuvent conduire à un état stable de gravité variable ; les sujets gardant leurs cauchemars [...] et s'accommodant tant bien que mal de leur angoisse, de leur dépression ou autres symptômes associés [...]. Les aggravations peuvent être progressives ou suivre une évolution fluctuante et devenir dramatiques. Une autre forme d'évolution dramatique conduit à "une totale exclusion du monde des hommes" ».

La variabilité est très grande entre les sujets et elle est tout aussi grande dans les tableaux cliniques post-traumatiques et les comorbidités qui peuvent les accompagner, au point de dérouter le clinicien et même de l'induire en erreur, en particulier lorsque le patient n'est pas « occidental » et lorsque les parcours de vie se compliquent de migrations et d'acculturations violentes et mutilantes.

Le terrain socioclinique d'où émerge notre conceptualisation est marqué par ce que les auteurs appellent les traumatismes caractéristiques des zones de guerre (De Clercq et Lebigot, 2001). Il est aussi marqué par les souffrances, voire les pathologies, créées par la situation de déplacés internes, de fugitifs, de réfugiés et, en ce qui nous concerne, de demandeurs d'asile ou de réfugiés vivant dans une situation de précarité. Les diagnostics les plus courants attribués à ces populations sont l'état de stress post-traumatique associé à une comorbidité d'état dépressif et, moins souvent, à des symptômes du registre psychotique. Certains auteurs ont cependant penché pour un diagnostic quelque peu différent, à savoir le « trouble induit par un stress extrême non spécifié par ailleurs ». De même qu'il existe des formes atténuées, éventuellement « prodromiques », décrites par Achotegui (2005) sous l'appellation de « syndrome d'Ulysse ». Ce diagnostic a été proposé comme une alternative à celui de trouble de la personnalité lorsqu'un trauma extrême, souvent répété, compromet le sens fondamental du soi et la confiance dans les autres. Même s'il ne s'agit pas encore d'un diagnostic formel, il propose néanmoins un cadre conceptuel pour comprendre et un cadre clinique pour évaluer et prendre en compte plusieurs séquelles dont souffrent les survivants de traumatismes extrêmes et répétés.

### **Développements à partir d'expériences de terrain**

Notre expérience de terrain nous a amenés à rencontrer des populations de migrants victimes de violences extrêmes ne présentant pas toujours d'état de stress post-traumatique franc, mais une multitude de symptômes, probablement tout aussi invalidants, relevant parfois du syndrome d'Ulysse. Il s'agit d'un syndrome présenté par des migrants dont les parcours de vie, et en particulier les parcours migratoires, ont été marqués par la confrontation à des stressors multiples, de manière chronique. Pour nous, l'intérêt de cette conceptualisation est triple. Premièrement, Achotegui (2005) met en lumière des syndromes qui ne sont pas pris en compte jusqu'à aujourd'hui par la littérature psychiatrique. Deuxièmement, il attire notre intérêt sur ces populations qui représentent aujourd'hui plusieurs centaines de milliers de personnes, en quête d'asile, mais dont la moitié au moins se verra refuser, sinon l'accès, du moins un séjour durable dans la sécurité. Troisièmement, l'auteur prend aussi en compte les conséquences psychiques de l'échec de leur projet migratoire. L'auteur fait « éclater » certaines catégories diagnostiques de la psychiatrie et ajoute cinq syndromes touchant cinq domaines d'expression de la souffrance psychique. Il propose aussi des pistes et des attitudes thérapeutiques nouvelles tout en relevant certaines limites ; par exemple, « *il n'y a pas de solution locale à des problèmes globaux* ». Il prend soin de « contextualiser » ces formes de souffrance d'origine sociale et d'inclure la dimension constituée par les pertes résultant en une forme particulière de deuil : le « deuil extrême ». Le propre du deuil migratoire serait d'être multiple contrairement aux autres formes de deuils et toucherait à toutes les sphères constitutives de l'individu. Il s'agit de la famille et des proches, de la langue, de la culture en tant que contenant psychique, de la terre et du terroir, une autre dimension de la culture, du statut social, des liens, des échanges et des contacts avec les groupes d'appartenance, de la sécurité et de l'intégrité physique.

Les symptômes du syndrome d'Ulysse auxquels s'ajoutent éventuellement ceux du deuil migratoire sont inscrits dans le cadre global et éminemment géopolitique d'une grande partie des migrations de la fin du XXe siècle et du début du XXIe siècle. Dans ce contexte, les facteurs de stress sont la solitude forcée, l'échec du projet migratoire (ou au mieux une amère déception), la lutte continue pour la survie (en particulier durant le déplacement et souvent encore après l'arrivée à destination), la peur et la terreur face aux dangers vitaux auxquels s'expose le migrant illégal, accentuées par les barrières, frontières et autres murs avant d'atteindre la « Forteresse Europe ». Le migrant vit alors une suite quasi infinie de moments de déréliction, d'abandon et de solitude à la merci de tout et de tous, que l'auteur décompose et théorise en facteurs qui se renforcent les uns les autres : la chronicité, l'absence de possibilité de contrôler les événements, l'intensité des agressions touchant toutes les sphères vitales, l'absence de soutien social, les deuils migratoires et l'épuisement qui s'ensuit. Ces souffrances psychiques, leur spécificité, leur allure clinique sont peu décrites dans la psychiatrie. Dans les pays d'accueil que sont les pays occidentaux, les individus affectés reçoivent des diagnostics psychiatriques ou

somatiques par une probable ignorance des contextes et des facteurs ayant fait émerger des symptômes assimilés à des catégories psychiatriques, englobantes, schématiques et souvent erronées.

Pour Achotegui (2005), les symptômes de l'aire dépressive se distinguent du diagnostic psychiatrique d'épisode dépressif majeur par l'absence des symptômes d'apathie, des idées de mort et de l'altération significative de l'activité, gardant uniquement la tristesse. Dans l'aire de l'anxiété, la tension nerveuse, les pensées intrusives récurrentes et l'irritabilité sont présentes. L'aire de la somatisation est, elle, très bruyante à travers les troubles du sommeil, les céphalées, la fatigue et les douleurs ostéomusculaires. L'aire de la confusion peut être marquée par la désorientation spatiale, temporelle, par la dépersonnalisation, la déréalisation et les troubles de la mémoire. L'aire des interprétations culturelles se caractérise parfois par un vécu d'ensorcellement, d'envoûtement, par la culpabilité d'avoir enfreint un tabou. Pris dans le système médical occidental, certains de ces migrants se voient parfois attribuer le diagnostic de trouble de l'adaptation, c'est-à-dire que leurs réactions seraient supérieures à ce qui serait attendu face à des stressors somme toute ordinaires. Un tel diagnostic ne peut s'appliquer en relation à des facteurs de stress qui ne sont pas ordinaires et pour lesquels aucune adaptation ne peut être attendue dans de telles conditions. En effet « *l'individu réagit de manière extraordinaire à une situation extraordinaire* ».

En outre, le syndrome d'Ulysse se distingue de l'état de stress post-traumatique en ce qu'il est la conséquence de la solitude, de l'échec, d'une lutte continuelle pour la survie, etc. Le syndrome d'Ulysse devrait être entendu comme un « prodrome », c'est-à-dire l'antichambre d'un trouble mental avéré éventuel. Cela entraîne qu'il relève plus de la prévention que du thérapeutique. Dans ce dernier cas, il impose une « relation thérapeutique élargie » : les patients associant une demande d'aide pour leurs symptômes et une demande d'aide sociale et de protection : dans ce contexte, chacun des deux domaines ne peut aller sans l'autre. Les deux piliers de l'intervention, quel que soit le professionnel, devraient être de nature psychosociale : redonner le pouvoir d'agir et offrir un soutien émotionnel ainsi qu'une forme de psychoéducation. Le psychothérapeute pourra approfondir le travail sur les symptômes et privilégier cet axe de travail, selon son orientation théorique, mais sans jamais faire abstraction des autres dimensions. Par exemple, en animant un réseau d'intervenants autour de son patient pour renforcer le pouvoir d'agir de ce dernier (Achotegui, 2005).

De cette manière, l'abord clinique de la souffrance psychique chez certains migrants de la violence politique et de la misère matérielle se trouve enrichi. On devrait même concevoir le déclenchement et l'évolution de ces souffrances le long d'un continuum allant du syndrome d'Ulysse, réversible, compliqué ou pas de deuils migratoires, passant par l'état de stress post-traumatique plus ou moins avéré et allant jusqu'aux troubles beaucoup moins réversibles affectant la personnalité. Ou encore, concevoir ces problématiques psychiques dans le cadre de ce que Papadopoulos (2007) décrit comme « *un spectre de phénomènes sociopsychiques allant de troubles psychiatriques sévères à un inconfort léger aussi bien qu'à*

*diverses expériences de groupe* ». Pour cet auteur, on peut regrouper les réactions à ce qu'il nomme « adversité », en trois larges catégories. Les réactions négatives : troubles psychiatriques, réactions de détresse, souffrance humaine ordinaire. À cette catégorie, s'ajoutent celle des réactions dites « neutres », nommément la résilience, et une catégorie dite « positive » dans laquelle l'individu se « dépasse dans l'adversité ». L'auteur insiste sur le fait que les trois formes de réponse à l'adversité non seulement ne s'excluent pas mutuellement, mais, surtout, coexistent chez un même individu. Le travail des intervenants sera de mener la victime à identifier ces trois positions dans lesquelles elle se trouve simultanément.

### **Une approche basée sur un paradigme interactionniste**

Les individus affectés par des événements de vie extrêmes constituent des organismes possédant leurs propres caractéristiques de personnalité construites et mises en forme par leur famille et leurs groupes d'origine, ainsi que par les cultures dans lesquelles ils ont grandi. Ces perturbations s'accompagnent aussi de troubles somatiques et psychosomatiques. Les perturbations somatiques trouvent leur origine, objectivement parlant et pour les populations qui nous intéressent, dans de longues périodes d'insuffisance ou de déséquilibre alimentaires, de vie sur le qui-vive, d'un sentiment de vulnérabilité physique, de blessures physiques et de mutilations, etc. Il s'agit aussi d'entendre ces plaintes physiques comme des métaphores d'une souffrance existentielle et psychique marquée par la perte des « contenants culturels et sociaux » et qui nécessitent aussi d'être pris en considération et décodées précisément d'un point de vue culturel, social, politique et linguistique. D'un point de vue psychodynamique, la souffrance psychique peut mettre en action des mécanismes de défense (manœuvres inconscientes de soulagement ou de mise à l'écart dans le but de maintenir l'intégrité psychique) aussi « culturellement prescrits ». Par exemple, les problèmes peuvent être projetés dans le corps ou même dans l'entourage ou dans des entités surnaturelles. D'autres mécanismes comme le recours à des expériences mystiques peuvent aussi constituer autant de moyens de soulager ou d'ignorer une souffrance psychique insupportable, indicible ou incompréhensible.

Les migrants de la violence ont aussi traversé des expériences de répression et de négation de leurs droits ajoutant une complexité politique et sociohistorique à ce qui les affecte. Ces expériences de répression peuvent être politiques, religieuses, ethniques ou socio-économiques et peuvent toucher de larges communautés, des groupes restreints, des familles ou des individus. Ces expériences s'étendent parfois sur de très longues durées, plusieurs décennies par exemple. Elles peuvent aussi affecter un individu dans son enfance, son adolescence ou son état d'adulte et étendre ainsi leurs effets sur les trois ou quatre générations d'une même famille. À cause de la variété des épreuves subies, la liste des troubles et des perturbations est donc quasi infinie. De plus, des sources de souffrances, de violence parfois uniquement symbolique, de privations et d'incertitude peuvent aussi être nombreuses et déterminantes dans le pays d'accueil. Mais les événements traversés



par les migrants de la violence n'ont pas tous des conséquences traumatiques, même s'ils présentent une nature traumatogène.

### **Pour une lecture écosystémique et « sociopsychique » des syndromes post-traumatiques**

L'écoute des migrants nous permet ainsi d'identifier plusieurs facettes spécifiques culturelles et sociétales de leur symptomatologie post-traumatique ou des manifestations de leur exposition à des facteurs de stress durant une longue durée. Ainsi, plusieurs éléments culturellement, politiquement et socialement dépendants constituent des facteurs de maintien, d'aggravation voire d'apparition de syndromes post-traumatiques en particulier chez les requérants d'asile. En les prenant en considération, nous pouvons mieux apprécier certains facteurs pathogéniques qui peuvent être individuels ou collectifs.

Des expériences de persécutions, de viols, de torture, d'autres mauvais traitements et de privations sont plutôt communes parmi les migrants de la violence. Il est donc évident que ces derniers présentent plusieurs affections que l'on pourrait ranger sous la catégorie de psychotraumatismes. Cependant, du point de vue psychiatrique, ces symptômes, ces troubles et ces désordres peuvent varier de manière importante d'un individu ou d'un groupe à l'autre et s'accompagner ou pas de comorbidités diverses. Il apparaît ainsi que le diagnostic d'état de stress post-traumatique s'avère insuffisant, voire inadéquat lorsqu'il s'agit de populations non occidentales et en particulier de populations déplacées telles que les demandeurs d'asile ou les réfugiés. De plus, la totalité des requérants d'asile vit dans une grande incertitude et une relative précarité et la plupart des réfugiés reconnus vivent aux marges de la précarité en raison d'une insuffisante intégration sociale en partie structurelle.

Dans la plupart des cas, ces migrants ont connu dans leur pays d'origine un environnement bouleversé avant même que les événements traumatiques se soient produits. On peut dès lors parler d'un environnement pathogène, à la suite de catastrophes psychosociales collectives, en ce sens que des organisateurs « métasociaux » (Kaës, 2012) avaient eux-mêmes disparu ou ne remplissaient plus leur fonction « civilisatrice et humanisante » du fait de changements sociaux et politiques. Il en est ainsi des situations de guerre (civile), de guerre larvée, de répressions politiques, religieuses, ethniques, etc., des situations de privations généralisées et chroniques. Les organisateurs métasociaux sont à entendre comme des « formations intermédiaires » faisant la jonction entre l'individuel et le collectif. Certaines situations sociopolitiques représentent de véritables ruptures catastrophiques entraînant la disparition ou de graves distorsions de ces organisateurs : *« C'est souvent dans un tel contexte que des événements critiques, traumatogènes toucheront nombre de migrants de la violence politique. Ces organisateurs métasociaux qui s'ajoutent aux organisateurs "métapsychiques" constituent l'échafaudage sur lequel se construisent le psychisme individuel et son arrimage à son environnement humain, social et matériel » [...]. Les violences extrêmes, comme la torture, la répression et les persécutions politiques, la guerre,*

*la famine et les privations chroniques, etc. constituent des circonstances propices aux bouleversements de ces organisateurs métapsychiques et métasociaux. Il est même possible de dire que ces situations ne sont possibles que si ces organisateurs métasociaux ne sont plus opérants, et que leur destruction, leur affaiblissement ou leur dévoiement sont intentionnels et, en tous cas, largement exploités et entretenus » (Kaës, 2012).*

Cette approche, culturellement et écologiquement centrée, amène l'intervenant à convoquer différents acteurs, différentes références, différentes notions, etc. Les sources des valeurs et des croyances peuvent être multiples et hétérogènes entretenant divers types de relations. À cela s'ajoute la connaissance de certains éléments culturels, sociaux et politiques du pays d'origine, parallèlement à la connaissance des éléments culturels, sociaux et politiques auxquels le migrant est confronté dans la société d'accueil. Un troisième domaine concerne la capacité à traduire ou à transférer et appliquer ces compétences dans la prise en charge, de manière appropriée aux caractéristiques culturelles, sociales et politiques du patient. Nous entendons par là qu'il s'agit souvent d'innover dans la relation, dans les actions à visée thérapeutique, dans les cadres et dans les dispositifs (Elghezouani, 2016), car la relation duelle et une certaine neutralité ne paraissent pas toujours efficaces, comprises ou désirées.

### **En conclusion**

Lorsque la question des psychotraumatismes est croisée avec celle de l'altérité sociale et culturelle, elle se complique d'autant et met souvent à mal les catégories classiques de la psychopathologie. Enfin, la dimension de la précarité et de la vulnérabilité sociale, telle qu'elle apparaît dans le travail avec des personnes déplacées, vient encore compliquer le tableau clinique, la relation du professionnel avec le migrant et l'adaptation de l'offre de soins ou d'aide. Dès lors, l'abord des psychotraumatismes, dans le contexte des migrations forcées résultant de persécutions politiques, de situations de guerre ou de graves violations des droits élémentaires, devrait inclure trois niveaux de lecture. Le premier concerne le psychotraumatisme au sens psychiatrique : un événement violent, suivi d'une effraction psychique et ensuite d'une réorganisation somatique et psychique. Le deuxième concerne le traumatisme du non-sens ou de la perte des « métaorganismes ». Et le troisième est le traumatisme de la perte des contenants-conteneurs culturels dans le contexte de l'exil.

Nous avons tenté de « déconstruire », parfois en la critiquant, la notion de psychotraumatisme, d'évoquer d'autres entités et, enfin, d'invoquer les facteurs contextuels aggravants ou au contraire salutogènes et de résilience que peuvent constituer les appartenances sociales, les contextes politiques et les valeurs culturelles, par exemple. Selon Papadopoulos (2007), les questions de santé mentale posées par les réfugiés « *ne relèvent pas du domaine des théories et des traitements psychologiques. Cependant, l'on peut comprendre que les psychologues ont tenté d'appréhender la question en recherchant des phénomènes comparables et des*

*théories psychologiques déjà existantes applicables à des situations nouvelles. Le concept de trauma psychique a ainsi émergé comme une perspective acceptable dans la mesure où elle était la seule privilégiant la réalité des événements externes. [...] et c'est ainsi que le thème du traumatisme est devenu dominant dans l'abord des problématiques en lien avec les réfugiés* » au détriment d'autres paradigmes. Nous avons voulu esquisser les grandes lignes et les postulats de l'un d'entre eux que nous avons adopté dans notre pratique. Ce paradigme préconise une action sur les lieux mêmes de l'accueil ou dans des « lieux de vie », se développant autour du « pouvoir d'agir » de ces individus et de ces populations, le long de trois axes : la socialisation et la construction de liens ; l'acquisition de compétences ; enfin, l'élaboration du vécu (Elghezouani, 2010).

### **Bibliographie**

- Achotegui J. (2005), « Estrès limite y salud mental. El síndrome del inmigrante con estrès crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) », *Revista norte de salud mental de la sociedad española de neuropsiquiátrica*, v. V, n° 21, p. 39-53.
- De Clerq M. et Lebigot F. (2001), *Les traumatismes psychiques*, Paris : Masson.
- Elghezouani A. (2010), « Essai de définition d'une pratique clinique avec des patients migrants dans une consultation psychiatrique spécialisée », *Psychothérapies*, v. 30, n° 4, p. 175-182.
- Elghezouani A. (2016), « Migrants, soins psychiques et soins au corps », *Bulletin des Médecins Suisses*, v. 97, n° 18-19, p. 680-682.
- Kaës R. (2012), *Différence culturelle et souffrances de l'identité*, Paris : Dunod.
- Papadopoulos R. (2007), 'Refugees, trauma and adversity-activated development', *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, sep., p. 301-312.