



Propositions pour une approche thérapeutique du trauma chez les migrants

Christophe Lagabrielle

Préambule

Bridget a 22 ans, elle vient de Lagos au Nigeria. C'est une jeune fille au teint de peau plutôt clair, des cheveux emprisonnés dans un filet ; elle porte un pantalon de survêtement vert olive, toujours propre, qu'elle portera à chaque consultation depuis maintenant deux ans que nous la rencontrons au sein de notre équipe soignante en psychiatrie.

A la première rencontre, Bridget présente des reviviscences : le visage d'un acteur de la scène traumatique qu'elle a vécue lors de son voyage, s'impose à elle. C'est comme une photo projetée sur un écran devant elle, suivie d'une peur intense, identique à celle du jour de l'évènement traumatique. Des hallucinations acoustico-verbales (elle entend de multiples voix) font suite à ses reviviscences.

Bridget nous dit revoir ses violeurs, cagoulés de noirs, africains et marocains mélangés. Elle a des cauchemars de son viol qui la réveillent la nuit et qui font qu'elle résiste à s'endormir à nouveau.

Elle pleure, elle est triste et dit « I am alone, Dad and Mam are died » (« je suis seule Papa et Maman sont morts »). Elle se plaint de céphalées intenses, fréquentes, invalidantes. Elle ferme les yeux pour tenter de réduire ses reviviscences et ses hallucinations. Régulièrement, elle prend, dans l'appartement de la personne originaire d'Ethiopie qui l'héberge, des couteaux et résiste à l'idée de se faire du mal, de se tuer. Parfois, elle casse tout dans l'appartement dans une crise incontrôlable.

Elle est en France depuis trois ans.

A l'âge de 18 ans, son père et sa mère sont assassinés pour des raisons politiques. Son père était un homme politique riche et influent. Elle a un très bon niveau intellectuel, a fini le lycée.

Elle s'enfuit du Nigeria vers le Maroc. Là-bas, elle est violée à trois reprises, pendant 24 heures, par de nombreux hommes masqués par des cagoules qui l'enferment dans une maison.

Elle n'a pas obtenu de titre de séjour en tant que réfugiée. Elle est en situation irrégulière, sans revenu, hébergée.

Notre équipe soignante est une EMPP : Equipe Mobile de Psychiatrie et Précarité basée en centre ville, qui est rattachée à l'Hôpital Charles Perrens de Bordeaux. Avec ses six professionnels, psychiatres, psychologue, infirmiers et secrétaire, elle accompagne des personnes en situation de précarité présentant des troubles psychiatriques. On retrouve parmi eux de nombreux migrants qui ont subi des traumatismes dans leur pays – motivant

leur exil – ou au cours de leur voyage de migration. Vivant en France dans des conditions sociales le plus souvent très précaires, les travailleurs sociaux nous les adressent pour des soins en santé mentale.

Au-delà des symptômes eux-mêmes terrifiants que nous venons d'évoquer, quels sont les effets majeurs du trauma sur l'individu ? Sur quoi portent essentiellement les attaques traumatiques chez ce dernier ? Enfin, face à une telle désorganisation de la personne traumatisée, peut-on envisager une reconstruction possible ? C'est à ces questions que nous tenterons de répondre au cours de cette étude.

Premier angle d'attaque du trauma : la corporalité du sujet

Nous entendons ici le terme de corporalité au sens phénoménologique, c'est-à-dire au sens de la *Leiblichkeit* de E. Husserl, que l'on peut traduire par le « corps-vivant ». C'est le lieu des expressions vivantes de la personne, dans une unité perceptive, affective et intime. Il s'agit de l'unité psychophysique de la personne, du corps physique doté de vie, la vie étant indissolublement liée au corps et le corps indissolublement mêlé à la vie.

Le traumatisme vient attaquer la corporalité du sujet. Il provoque sa dislocation, un éclatement de son unité psychophysique. Sa corporalité subit les attaques répétées des reviviscences, pendant lesquelles le sujet revit le trauma, avec le même cortège émotionnel de peur qu'au moment du trauma lui-même. Cette peur est la peur intense et soudaine de mourir, c'est une confrontation brutale au réel de la mort. Or S. Freud nous dit que notre appareil psychique n'est pas équipé pour faire face à cette confrontation : « au fond personne ne croit à sa propre mort ou, ce qui revient au même, dans son inconscient chacun est persuadé de sa propre immortalité. » (Freud 19).

Ces attaques répétées disloquent, désagrègent le sentiment de cohérence interne du sujet, le sentiment d'unité de sa corporalité. Bridget a des stéréotypies de succions (elle fait des mouvements répétitifs de succion avec sa bouche), la nuit dans son sommeil, ou la journée au moindre stress. Ses mains sont prises de gestes choréiques dans une danse sans ordre et sans esthétique. Ses céphalées l'attaquent et fragmentent sa tête. Son corps est disloqué, morcelé, dissocié. On peut parler de dislocation de la corporalité ou de dislocation spatiale du sujet.

Deuxième angle d'attaque du trauma : la temporalité du sujet

La personne est sans cesse, par les reviviscences, rappelée, ré-aspirée vers le revécu de la peur du traumatisme, par l'effroi terrifiant d'un face à face avec la mort.

Le maniaque, dans sa fuite des idées, oblitère tout accès au présent, à tout ce qui pourrait advenir dans l'instant constitutif d'un phénomène qui apparaît. Le mélancolique chute, s'enlise dans un temps qui s'étire, colle à son objet, l'excluant de son environnement pour le

conduire au repli de son ouverture au monde - le *Umwelt* - comme le décrit Henri Maldiney (Maldiney 69). Le traumatisé, lui, est sans cesse arraché au présent et re-projeté dans son passé traumatique. Le traumatisme réactivé, scande sa vie et le rattrape. Il est ré-aspiré par le trauma et terrassé par lui. Sans cesse, il est condamné à lutter avec toute son énergie pour tenter de s'en distancier.

Nous pouvons dire que le traumatisé se promène au fond d'une faille abyssale, la faille de son traumatisme. Cette faille vient faire fracture, rupture avec un passé, un passé devenu inabordable, comme barré, oblitéré. Elle vient faire aussi fracture avec un futur devenu inconcevable et inenvisageable. Il est dans une lutte perpétuelle et vaine qui l'épuise, qui le conduit souvent à la dépression et la mélancolie.

Cette double dislocation, spatiale et corporelle a deux conséquences : la perte de l'identité du sujet et sa rupture avec la communauté.

La perte de l'identité du sujet

Un patient me disait : « Je ne suis plus le même, *sometimes I lose my life* ». Le traumatisé perd son identité autant par la dislocation de sa corporalité que par la rupture d'avec son passé d'avant le traumatisme. Ces deux pertes empêchent qu'advienne dans le présent toute conscience de soi. En reprenant l'articulation dynamique des trois extases de la temporalité de Heidegger dans *Sein und Zeit* (Heidegger 495), nous pourrions dire que la rupture par le traumatisme de l'articulation entre l'à-venir, l'avoir été et le rendre présent marque la brisure de la temporalité du sujet. Elle empêche toute perception identitaire continue et cohérente.

La rupture du sujet avec sa communauté

Les migrants traumatisés sont souvent solitaires. Cet isolement est la conséquence des deux dislocations spatiale et temporelle que nous venons d'évoquer. Incapables de raconter leurs vécus traumatiques, ils se ferment dans un repli solitaire. Parfois cette solitude est la conséquence de l'agressivité et de l'irritabilité qui s'adressent à ses proches, les mettant ainsi à distance. « I am rejected by the people, they go away, they stop talking, that depresses me, that makes me angry ! » (« Je suis rejeté par les autres, ils me fuient, ils cessent de parler, ça me déprime, ça me met en colère ! ») racontait un jour un patient.

Il n'est plus alors possible au sujet d'assigner son histoire à un autre. Il n'est plus possible au sujet de raconter son histoire, celle d'avant le trauma, celle du trauma, celle de son présent, ni de dire son avenir. Aucune fiction issue de son récit de vie, aucune parole donnée et « tenue » ne peut soutenir l'idée qu'il se saisirait lui-même, dans son « ipséité », comme le décrit P. Ricoeur pour répondre à la question : *qui suis-je ?* (Ricoeur 176).

Pas de fiction, pas d'adressage : le sujet est brisé dans son identité, à savoir son « identité

narrative » (Ricoeur), ce qui le met en rupture avec sa communauté de vie : « Je suis seul, je n'ai plus de parent, plus de frère, de sœur, j'en avais dix, ils ont tous été tués dans la guerre, je suis seul, il faut pardonner, il faut un grand cœur, je pardonne » explique Bridget.

Dans ces conditions de délitement des liens et des schémas corporel et temporel, comment se reconstruire ? Reconstruire signifie bâtir à nouveau, souvent à l'identique, ce qui a été démolé. Le peut-on après la confrontation traumatique au réel de la mort ? Ne faudrait-il pas choisir un autre terme et parler à la place de réparation ? Réparer, c'est-à-dire remettre en état ce qui a été endommagé nous paraît préférable, en tout cas dans les premiers temps de l'accompagnement de ces personnes. Mais la séquence « réparation-reconstruction » décrit mieux à nos yeux le chemin à parcourir par le traumatisé. D'abord réparer, ensuite reconstruire. D'abord remettre en état de fonctionner en reliant tant bien que mal les « morceaux » qui restent ; puis, sur cette base, redonner forme dans une *reconstruction* qui sera au final, différente de la construction initiale. La séquence « réparation–reconstruction » signifie, pour la personne, la capacité à se percevoir elle-même à nouveau comme sujet, puis à rebâtir une identité nouvelle plus cohérente, au sein d'une communauté de vie ré-habité, ou nouvelle pour les migrants.

Voyons maintenant, comment au cours de l'accompagnement de ces personnes migrantes traumatisées, nous sommes guidés par des objectifs qui sont d'ailleurs, le plus souvent, d'avantage des repères que des objectifs proprement dits. Le thérapeute en vise trois, et ce de manière séquentielle.

– Le premier objectif consiste à réparer, remettre en état de fonctionner, c'est-à-dire restaurer la cohérence de la corporalité, la cohérence de la chair, du corps vivant, restaurer la cohérence du corps animé de vie, de désirs et doué d'expressions de vie. Il s'agit de s'occuper du corps psychotraumatisé.

– Le deuxième objectif est de réparer puis de reconstruire une continuité temporelle (la temporalité) dans l'histoire de la personne. Cela passe par la recherche de continuité entre le temps de l'avant du trauma et le temps de l'après du trauma ; une recherche de continuité entre le passé et le futur, pour tenter de re-faire exister un présent, un présent qui ne soit pas absorbé par le rappel du traumatisme.

– Le troisième objectif vise à réparer puis reconstruire des liens avec l'autre et avec une communauté de vie. Il s'agit de replacer le sujet dans un espace-temps où il est reconnu dans sa souffrance, dans sa dislocation, et invité, par le détour temporaire du soignant, à retrouver une cohérence de lui-même, de son Soi, de son ipséité, qui lui permette d'à nouveau se tourner vers l'autre, vers les autres. Ainsi, à ce stade de son accompagnement, une personne disait : « I am very grateful to EMPP, I believe I will be better in five years. » (« Je suis très reconnaissant à votre équipe, je suis convaincu que j'irai vraiment mieux dans cinq ans »).

Etudions maintenant les différents moyens mis en œuvre pour obtenir ces trois objectifs.

Offrir un cadre d'accueil

Il est important d'offrir un espace-temps défini, dans lequel la personne soit accueillie, reconnue, écoutée, par un ou plusieurs membres de l'équipe soignante. Cet espace-temps vient apporter une contenance, une enveloppe, une cohérence qui fait tant défaut chez ses personnes, on l'a vu.

Il est constitué, de prime abord, d'un local, avec ses espaces transitionnels partagés par tous les professionnels : salle d'attente, secrétariat, qui sont des lieux d'accueil. Viennent ensuite les espaces « clos », les bureaux, lieux d'entretiens singuliers, plus intimes et confidentiels.

Offrir un cadre c'est aussi parler de la dimension institutionnelle de l'équipe qui fait enveloppe, contenant, *holding* au sens winnicottien (Winnicott 2006), mais aussi lieu d'appartenance. Il s'agit de réinvestir le silence du trauma et de la fracture qu'il entraîne, pour construire un nouveau lien à soi et aux autres. Le lien de notre communauté d'équipe dans son travail clinique de groupe – via ses réunions formelles et informelles – fait espace d'appartenance et de re-liaison.

Un de nos patients arrive dans notre service totalement désorganisé par la dislocation post-traumatique. Il est originaire de RDC (République Démocratique du Congo), passé par les prisons du régime pour avoir appartenu à un mouvement politico-religieuse, le BDK (Bundu dia Kongo), décimé par le pouvoir en place. Envahi d'images de reviviscences, d'hallucinations auditives, il n'est plus capable de s'orienter dans le temps ni dans l'espace, a perdu son français et ânonne des bribes de phrases juxtaposées, sans aucun ordre. Sa reconstitution passera, notamment, par l'adresse systématique à chacun d'entre nous, lors de ses visites, d'un « Bonjour », suivi immédiatement d'un « Ça va ? », sur un ton intéressé et impliqué, comme s'il s'agissait des membres de sa famille.

La parole

Le réel de la mort qui fait irruption et dislocation chez la personne traumatisée empêche la parole. Il inhibe, par l'intensité de la peur et par la violence de son effraction, toute mise en représentation, toute symbolisation et donc toute mise en récit, mise en mots.

La parole est ici sidérée : le silence occupe tout l'espace. Prendre la parole, dans notre travail, consiste alors à ouvrir les espaces-temps placés autour du traumatisme, en périphérie proche ou éloignée du traumatisme.

– Au plus près du traumatisme :

C'est le travail des tentatives d'ouverture des boucles cognitives dans lesquelles le patient se

trouve enfermé pour tenter de donner sens à ce qu'il ne peut se représenter et s'énoncer : la terreur de la confrontation avec le réel de la mort. Il vise, entre autres :

- *la culpabilité* : l'auto-attribution de la responsabilité de la mort de l'autre (père, mère, frère, sœur...) ou de son propre traumatisme : « Si je ne m'étais pas engagé dans ce parti, tout cela ne serait pas arrivé ».
- *la colère* qui met à distance en repoussant chez l'autre, de façon projective, sa propre peur et sa propre responsabilité.
- *la haine* qui permet de tenir à distance l'agresseur avec force, souvent dans une fascination permanente pour lui ; la haine qui donne envie de le tuer pour exorciser la peur.
- *la honte* qui fait reposer sur soi le regard jugeant des autres, pour encore une fois les mettre à distance et mettre à distance le trauma. Il en est ainsi dans l'idée de se sentir sale, souillé après avoir subi un viol, voire de développer des rituels compulsifs de lavage.

On peut se demander ici, si ces mécanismes pour tenir à distance le traumatisme, ne sont pas plutôt des mécanismes visant au contraire à s'approcher du traumatisme, s'approcher indirectement de ce qui est inabordable et irreprésentable, sauf à s'exposer une nouvelle fois à la terreur de la peur de la mort, présente pour ainsi dire à l'état brut.

– A distance du traumatisme

Avec une parole plus éloignée de l'événement traumatique, il s'agit d'ouvrir un espace-temps qui invite la personne à se décaler dans l'espace, au large des bords immédiats de la fracture, des bords immédiats de la faille. Il s'agit aussi de réhabiliter dans le temps un présent en dehors et distancié du traumatisme. Il s'agit de refaire exister et de réhabiliter le passé d'avant le trauma.

Grâce à cette parole « périphérique », le thérapeute est à même de jeter des ponts de part et d'autre de la fracture du trauma. Jeter des ponts qui soient aussi bien des ponts dans l'espace en s'éloignant du thème du trauma, que dans le temps, en s'éloignant du moment du trauma sans cesse revécu.

Tambwe était un opposant politique en République Démocratique du Congo. Emprisonné en 2006, il est violé par des policiers un couteau pointé sur sa gorge. Il vivait en concubinage et a laissé deux enfants au pays pour s'enfuir et sauver sa vie. Leur mère est partie en Angola. Ses parents s'en occupent. Il erre depuis son arrivée en France dans la tristesse et la solitude, dans les souvenirs de son agression sexuelle, dans la souffrance de son impossibilité à être père à distance. De mois en mois sa mélancolie résiste à l'épreuve du temps. Que se passe-t-il ? En quoi fait-elle obstacle à sa réparation ? On apprendra qu'à

l'âge de huit ans son père décède. Sa mère incapable de s'en occuper le laisse à son oncle. Il le vit comme un abandon, se sent seul, et se trouve plongé dans un état mélancolique durable. Le traumatisme fait obstacle à ce passé et plus encore, après de longs mois, quand le souvenir de cet abandon est à nouveau possible, la mélancolie l'empêche de comprendre combien il s'identifie à ses propres enfants, aujourd'hui abandonnés à leur grands-parents : abandon de sa propre enfance revécu au travers de celui de ses enfants.

Le travail d'accompagnement consistera à l'aider à faire les liens d'identification avec la situation de ses enfants, à l'aider à se défaire de la collusion entre sa situation actuelle en France, celle des ses enfants privés de leur père, et sa propre enfance où il fut lui aussi abandonné. Jeter des ponts entre le présent et le passé au-delà de la fracture du traumatisme. Restaurer des liens, des liaisons, réparer, voilà ce que nous tentons de faire avec Tambwe.

– Le récit du trauma, le silence de son vécu

Après la périphérie du trauma, il faut évoquer son centre. Le récit du trauma se fait souvent lors d'une consultation où vous ne l'attendez pas, souvent au milieu du suivi, parfois à la première rencontre. Plus encore, parler du vécu du trauma, de la peur ressentie lors du trauma, lui donner des contours est quasiment impossible. C'est le centre du trauma où le plus souvent la parole se fait silence. La confrontation avec le trauma défie le commentaire et l'analyse. Seul compte la qualité de l'être-là, d'être là au-devant de soi, au sens heideggerien du *Dasein*. L'espace entre le patient et soi, ouvre un espace d'humanité pour tenter d'accueillir ce qui est terrifiant et aux limites de l'expérience humaine. Que dire à un homme qui vous raconte qu'il a vu sa femme et ses enfants tués sous ses yeux dans les forêts du Sud Kivu en République Démocratique du Congo, qu'il a dû les enterrer, avant d'errer cinq jours dans les bois, sans but, désorienté, hébété ? Que dire si ce n'est qu'il vous invite intérieurement, en « co-pensée », en « co-vécu » avec lui, à errer avec lui, le temps d'un silence, d'un long silence. Parfois un regard peut, doit sans doute, apporter un peu d'humanité vivante à cette horreur et à cette barbarie sans nom. Les patients se souviendront de ces instants, de ces silences, de ces regards. Un patient me relatait avec force et conviction, en fin de la prise en charge : « You want your patient live. » (« Vous voulez vraiment que votre patient vive. »). Cette connaissance de l'évolution des patients fonde l'espoir du thérapeute. Et cette espérance est sans doute nécessaire.

Il y a une attitude dans cette écoute silencieuse du centre du traumatisme, une disposition à se placer à la fois dans le fond et sur le bord de la fracture traumatique du patient pour assurer, de par sa présence intérieure vivante, la possibilité pour le patient de sortir de l'immersion de la fracture et l'inviter à revenir sur les berges de la vie.

La possibilité d'une subjectivation du réel de la mort (ou de l'horreur) passe par ces silences

habités. Elle se poursuit, bien entendu, dans d'autres temps de l'accompagnement et par d'autres moyens que le silence et la parole que nous allons aborder maintenant.

Les médiations

On a vu la difficulté d'aborder le centre du trauma avec les mots, la parole. C'est pour cela que d'autres approches ont été proposées, notamment l'utilisation de médiations, corporelles et artistiques principalement.

Les « troubles somatisation » (DSMIV 2004) sont souvent associés aux symptômes psychiatriques des migrants traumatisés : douleurs multiples de type « céphalée », douleurs abdominales, thoraciques, douleurs aux points de cicatrices ou d'impacts physiques du trauma sont en permanence réactivées : traces psychotraumatiques de l'événement, reviviscences au sein même du corps.

Le toucher, à travers la relaxation à induction ou l'haptonomie sont des approches qui permettent d'accéder au centre de ces vécus traumatiques. Le toucher sur une zone douloureuse (doigt, arcade sourcilière, dos), séquelle d'une agression ou d'un trauma sont des « autoroutes » qui conduisent directement au coeur des vécus traumatiques. Ce travail de toucher se fait dans la perception des tissus, de la superficie à la profondeur, en intégrant dans le même temps la totalité de la personne, dans son espace corporel global. Il s'agit d'aller à la rencontre de la personne vivante, rencontrée ici dans sa corporalité blessée, attaquée, disloquée par le souvenir traumatique. Le thérapeute accueille la douleur des tissus et au travers de cette douleur, la souffrance du sujet. Ce double accueil se fait conjointement, dans le même temps, consubstantiellement. Il ouvre un espace de rencontre au plus intime de ce qu'il est, ouvrant ainsi un espace de potentialités, un espace de réorganisation potentielle où l'impression traumatique peut ainsi être mise à distance, en même temps que s'ouvre un nouvel espace de vie.

Un patient me disait : « J'ai deux personnes en moi : celle d'avant le trauma qui me dit d'aller vers les autres et l'autre d'après le trauma qui me retient qui me dit de ne plus y aller, qui me tire en arrière. J'ai toujours peur que l'on m'agresse, c'est à l'intérieur ; pourtant je sais qu'on n'est pas en Arménie. Quand vous m'avez fait l'haptonomie [c'était une séance il y a un an et demi plus tôt] j'étais là et je n'étais plus là, j'étais paisible, c'est comme ça que je veux être ».

Il en va de même pour l'expression artistique encadrée par des artistes (peintures, collages ou des sculptures). Ce travail d'expression et de création ouvre à l'expression de l'indicible et permet un décalage de l'emprise de la répétition traumatique vers d'autres espaces de potentialités, invitant là aussi à la reconstruction.

La position du thérapeute

Pour le thérapeute, il y a deux écueils à éviter :

- la sympathie (souffrir avec) : « contempler avec la personne l'horreur qu'il représente » écrit G. Briole, psychiatre militaire et psychanalyste (Briole 87). « Coller à la souffrance du patient génère plutôt un sentiment d'incompréhension, voire d'impuissance. Le patient dit “Je n'ai pas besoin qu'on me plaigne mais que je puisse m'appuyer sur quelqu'un” » (Briole 87).
- la phobie du transfert : s'enfermer dans une lecture technique d'une pathologie (le syndrome de stress post-traumatique) et n'en avoir qu'une approche cognitive, en dehors de tout transfert, comme un exercice médico-technique où le patient attendrait une réponse passivement, occupant ainsi la place qui lui est désignée, celle de victime, poursuit G. Briole (88).

Être thérapeute, c'est poser un regard sur la mort, sauf que la mort ne se regarde pas en face, nous dit-il encore. « Ce dont il s'agit, c'est “d'y faire face” et pour ce faire, pas de rationalisations possibles. Et d'ajouter, « pour nous professionnels : chacun fait comme il peut, il vaut mieux le savoir » » (Briole 88).

Au terme de cette brève analyse des syndromes post-traumatiques des migrants et de leur possible prise en charge, nous voyons s'esquisser deux directions possibles pour les thérapeutes :

- la première consiste en un travail qui engage ce que l'on est au plus profond de soi, avec ses propres vécus traumatiques, dans son humanité, avec ses propres faiblesses et dérives, et, notamment, la fascination pour le traumatisme.
- la seconde requiert une ouverture, un décalage dans le travail avec le patient. En effet « le sujet traumatisé n'a rien à attendre des autres pour combler en lui la faille ouverte par le traumatisme », écrit encore Briole, « c'est qu'il le veuille ou non, la part qui lui revient sous la forme d'une question : Qu'est ce qui s'est passé pour moi ? » (Briole 93).

Comme nous l'avons évoqué en amont, nous pouvons décrire trois moments successifs au cours de l'accompagnement de ces personnes migrantes et traumatisées. Leur durée respective est imprévisible et varie beaucoup d'une personne à une autre. Nous pouvons simplement dire que la durée moyenne globale des accompagnements se situe dans une période allant de un à trois ans.

- Le premier moment consiste à instaurer sécurité, confiance et entières : sécurité dans la permanence de l'accueil et si possible les conditions de vie ; confiance dans la relation du patient avec le thérapeute, l'équipe et l'institution ; entières dans le vécu

de sa corporalité en lieu et place de la dislocation traumatique.

- Le second moment comprend l'approche du traumatisme lui-même : de sa périphérie vers son centre, de la parole à des médiations corporelles ou artistiques, de l'engloutissement dans la faille traumatique au décalage, au déplacement vers les rives du passé d'avant le trauma et vers un futur envisageable, décalage de la confrontation traumatique « objective » sans cesse répétée, vers un vécu subjectif de cette confrontation plus distancié (« Je peux vivre avec, je ne suis plus englouti »).
- Le troisième moment réside dans la reconstruction : par un sentiment de cohérence identitaire fortifié, une confiance retrouvée dans le lien à l'autre et dans une vie non obnubilée et engloutie par le rappel récurrent du traumatisme ; la personne peut ainsi s'ouvrir progressivement à la vie, sur des bases identitaires reconstruites et nouvelles. Elle peut investir à nouveau un travail, de nouvelles relations amicales ou amoureuses et parfois un engagement religieux, politique ou social.

Un patient me disait en fin d'accompagnement : « I want to give a direction to my life, I have no direction. France has helped me a lot, I want to thank it, I want to make actions for blessing it. I am very grateful, my life is taking shape gradually. » (« Je veux donner un sens à ma vie, je n'ai pas d'objectif. La France m'a beaucoup aidé, je veux la remercier, je veux faire des actions pour en témoigner. Je suis très reconnaissant, ma vie se reconstruit progressivement »).

Lorsque l'on accompagne ces personnes migrantes traumatisées, il est ainsi préférable de parler de séquence « réparation-reconstruction » plutôt que de reconstruction seule. Les deux temps de cette séquence se situent dans l'espace, dans le temps et dans l'être-là transitoire du ou des thérapeutes :

- dans l'espace : réparer puis reconstruire un sentiment d'entière de la corporalité animée. Il s'agit d'aider le patient à retrouver une identité « sécurisée » (confiante), cohérente et ouverte au monde et à ce qui peut advenir.
- dans le temps : l'identité narrative au sens de Ricœur, qui réconcilie en un nouveau « soi-même » l'identité du traumatisé d'avant et d'après le trauma, dans une parole adressée à l'autre et à sa communauté de vie.
- avec le thérapeute enfin : présence grave mêlée dans le même temps d'espoir, pour aider le patient à se rencontrer dans la réparation de sa trace traumatique et dans la reconstruction de lui-même dans une nouvelle identité, celle d'après le traumatisme, qui restera toujours marquée par cette expérience indélébile.

Et comme le dit Jorge Semprùn dans un de ses livres : « Il faut que je fabrique de la vie avec toute cette mort » (Semprùn 174).

Bibliographie

Briole, Guy. « Regards sur la modernité de l'homme traumatisé ». *Tresses ACF-Aquitania* 40 (2012) : 80-93.

American Psychiatric association. *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4^{ème} éd, texte révisé. Coordination générale de la traduction française par Julien Guelfi et Marc Antoine Crocq. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2004.

Freud, Sigmund. *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort*. 1915. Paris : Petite Bibliothèque de Payot, 2011.

Heidegger, Martin. *Être et temps*. Paris : Gallimard, 1986.

Husserl, Edmond. *Méditations cartésiennes*. 1929. Paris : Vrin-poche, 1992.

Maldiney, Henri. *Penser l'homme et la folie*. Grenoble : Million, 2007.

Ricœur, Paul. *Soi-même comme un autre*. Paris : Points Seuil, 1990.

Semprùn, Jorge. *L'Écriture ou la vie*. Paris : Gallimard, 1994.

Winnicott, D.W. *La mère suffisamment bonne*. Paris : Payot et Rivages, 2006.