



Le trouble du stress post-traumatique comme impact psychologique de la violence sexuelle subie durant l'expérience migratoire des migrantes subsahariennes au Maroc

Sarra Bouanani

► To cite this version:

Sarra Bouanani. Le trouble du stress post-traumatique comme impact psychologique de la violence sexuelle subie durant l'expérience migratoire des migrantes subsahariennes au Maroc. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-03137372

HAL Id: dumas-03137372

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03137372>

Submitted on 10 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Université
Internationale
de Casablanca
UNIVERSITÉ RECONNUE PAR L'ÉTAT

Faculté des sciences de la santé

Filière : Psychologie clinique et psychopathologie

**Mémoire présenté pour l'obtention du Master en psychologie clinique et
psychopathologie**

**Le trouble du stress post-traumatique comme impact psychologique de la
violence sexuelle subie durant l'expérience migratoire des migrantes
subsahariennes au Maroc.**

Elaboré par : Sarra BOUANANI

Sous la direction de : Docteur Omar BENYAHYA

Membres du jury :

- **Docteur Joumana EL TURK : Doyenne de la faculté des sciences de la santé à l'UIC.**
- **Docteur Omar BENYAHYA : Docteur en psychopédagogie et enseignant à L'UIC.**
- **Docteur Majdouline SARHANE : Responsable de la filière psychologie à L'UIC.**

Année universitaire : 2019-2020

Résumé

La migration humaine est un phénomène mondial. Les mouvements et expériences migratoires sont diverses et complexes. L'engagement dans ces mouvements vient parfois si ce n'est souvent mettre à mal et/ou impacter la santé mentale des migrants. Cet impact ne vient pas seulement des changements environnementaux et des difficultés d'intégration, il est aussi le fait des violences vécues tout au long du parcours migratoire. De nombreuses études ont été effectuées dans les pays industrialisés. Elles ont montré que les expériences migratoires ont différents impacts « sur la santé mentale des individus, tels la détresse psychologique et le stress post-traumatique » (Ndengeyingoma, 2006).

Aussi, dans une étude menée par les médecins sans frontières au Maroc, près de 40% des migrants subsahariens ont subi une agression. « Entre mai 2009 et janvier 2010, une femme sur trois prise en charge par MSF à Rabat et Casablanca a admis avoir subi un ou plusieurs épisodes de violence sexuelle, que ce soit dans son pays d'origine, pendant le processus de migration ou une fois sur le territoire marocain » (MSF-E Mars 2010). Comprendre le lien entre la migration, les violences sexuelles et la maladie mentale chez les migrantes subsahariennes, et plus précisément le trouble de stress post-traumatique a été l'objet principal de ce travail.

Afin de décrire et d'explorer cette articulation, et répondre à mes hypothèses, j'ai suivi la méthode qualitative. Et à travers l'entretien semi-directif, les résultats du PCL-5 et de l'étude de cas j'ai confirmé l'articulation entre les violences sexuelles subies durant le parcours migratoire et l'apparition des symptômes de stress post traumatique, ainsi que l'importance de la psychoéducation dans les centres d'accueil des migrants qui va les aider à repérer les symptômes par eux même et faciliter la prise en charge.

J'ai également découvert l'importance du soutien social comme moyen d'assouplir les symptômes du stress aigu après un événement traumatique. En ce qui est de la prise en charge précoce, l'efficacité de ces méthodes n'est pas totalement prouvée, et elle reste difficile à établir avec le public migrant qui est en mouvement constant.

Un deuxième objectif a accompagné mon travail, celui d'avoir traduit à la langue arabe le PCL-5, qui est un questionnaire auto-évaluatif. Cette démarche se veut s'inscrire comme une initiation à un travail de thèse. Ce dernier me permettra d'effectuer une étude avec une approche comparative afin d'élucider la relation entre l'apparition des symptômes de stress post-traumatique et les origines ethniques et sociodémographiques des migrants.

Mots clés

Migration

Mouvement migratoire

Expérience migratoire

Migrantes subsahariennes

Traumatisme psychique

Trouble de stress post-traumatique

Prise en charge psychologique

Prise en charge précoce

Parcours de vie

Accompagnement

Violences

Prévention

Abstract

Migration is a global phenomenon. Migratory movements and experiences are diverse and complex. Engaging in these movements will undermine or impact the mental health of migrants. This impact is not only due to environmental changes and integration difficulties, but it is also due to the violence experienced throughout the migratory journey. Numerous studies have been carried out which show that migration have a strong impact on the mental health of migrants, such as psychological distress and post traumatic stress disorder. Another study conducted by Doctors Without Borders in Morocco show that almost 40% of sub-Saharan migrants have been assaulted during their migratory journey. Also, « Between May 2009 and January 2010, one out of every three women seen by Doctors without Frontiers in Rabat and Casablanca admitted having suffered one or more sexual harassing while out of their country » (MSF-E March-2010). Understanding the link between migration, sexual violence and mental illness among sub-Saharan migrant women, and more specifically post-traumatic stress disorder was the main goal of this work.

In order to describe and explore this phenomenon, I used the qualitative method. And through the semi-directive interview, PCL-5 and case study results, I confirmed the link between the sexual violence suffered during the migratory journey and the appearance of symptoms of post-traumatic stress disorder, as well as the importance of psychoeducation in migrant reception centres. Psychoeducation will help them spot the symptoms on their own, and make it easier to take care of. I also discovered the importance of social support as a way to decrease the symptoms of stress after a traumatic event. In terms of early therapeutic support, the effectiveness of these methods is not fully proven, and it is difficult to establish with this population that is constantly moving.

As a secondary goal of this work, I translated the PCL-5 into Arabic, as an initiation to a thesis work, which will allow me to do a comparative study, in order to understand the link between the appearance of symptoms of the post-traumatic stress disorder and ethnic, social, and demographic backgrounds.

Key words

Migration

Migratory movements

Migratory experiences

Sub-Saharan migrant women

Mental trauma

Post-traumatic stress disorder

Therapeutic support

Early therapeutic support

Life trajectory

Support

Violence and sexual abuse

Prevention

Table des matières

Résumé.....	2
Mots clés.....	3
Abstract.....	4
Key words	5
Liste des abréviations	4
Remerciements	5
Introduction.....	7
Fondement théorique	11
1 La migration, notions, définitions et histoire	11
1.1 Migration, émigration et immigration, le sens des mots	11
1.2 Un bref regard sur la migration internationale	12
1.3 Le flux migratoire international, des typologies multiples.....	12
1.3.1 Un pays où trouver protection.....	13
1.4 Le migrant, le demandeur d’asile et le réfugié, trois statuts distincts	14
1.4.1 Qu’est-ce qu’un réfugié ?.....	14
1.4.2 Migrants et réfugiés, quelle distinction ?.....	16
1.4.3 Qu’est-ce qu’un demandeur d’asile :.....	16
1.5 La demande d’asile au Maroc	17
1.6 Les migrants subsahariens au Maroc	18
2 La santé mentale chez la population migrante	20
2.1 La santé mentale chez le public migrant, notion et définitions	20
2.2 Les troubles psychologiques chez les migrants	21
2.2.1 Dépression et migration	21
2.2.2 Deuil et migration.....	22
2.2.3 Traumatisme et migration	22
2.3 Les pratiques des psychologues avec les migrants	23
2.3.1 L’ethnopsychiatrie comme pratique thérapeutique	23
2.4 La culture, un des déterminants dans le suivi thérapeutique	24
3 La migration et ses impacts sur la santé mentale de la population migrante.....	26
3.1 L’expérience migratoire, un chemin garni de violences multiples	26
3.1.1 Qu’est-ce que la violence sexuelle ?.....	26
3.1.2 Viol, exploitation sexuelle et prostitution forcée, des violences subies par les migrantes.....	27

3.2 Les violences sexuelles subies par les femmes migrantes.....	27
3.3 Les conséquences des violences sexuelles chez les femmes migrantes.....	28
3.4 Le traumatisme psychique, une des conséquences du parcours migratoire	29
3.4.1 Qu'est-ce que la psycho traumatologie ?	29
3.4.2 Qu'est-ce que le trauma ?.....	29
3.4.3 Qu'est-ce qu'un évènement traumatogène ?	30
3.4.4 Les différentes catégories d'un événement traumatogène	31
3.4.5 Le traumatisme psychique.....	31
3.4.6 Le traumatisme simple et le traumatisme complexe.....	31
3.4.7 Les victimes d'un événement traumatique.....	32
3.5 Les symptômes du stress post traumatique	32
3.5.1 L'apparition du trouble du stress post-traumatique	36
3.5.2 Neurobiologie, TSPT, et anomalies du cerveau	37
3.5.3 La résilience face au traumatisme	37
4 La prise en charge et la prévention du TSPT	38
4.1 Les Outils d'évaluation clinique et la prise en charge du TSPT.....	38
4.2 La prise en charge du TSPT.....	38
4.2.1 Les debriefings	39
4.2.2 Les psychothérapies	40
4.2.3 La thérapie cognitive et comportementale	40
4.2.4 La thérapie des processus cognitifs	41
4.2.5 La thérapie par exposition prolongée.....	42
4.2.6 L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires	42
4.2.7 La thérapie narrative	43
4.2.8 L'hypnose.....	44
4.2.9 La psychopédagogie curative	44
4.3 La prévention du trouble de stress post-traumatique	45
4.3.1 Le soutien social	45
4.3.2 Le counseling sur le terrain de la catastrophe	47
Méthodologie de la recherche	48
Choix du thème et de la problématique.....	48
Question de la recherche et hypothèses	48
Utilité et but de la recherche.....	49
Définition de la population concernée	49
Les Outils utilisés.....	50
Le choix de l'entretien semi-directif.....	50
Les conditions de l'entretien semi-directif.....	51
Choix du PCL 5	51
Choix de l'étude de cas	51
Protocole de l'étude	52

Technique de traduction.....	52
Résultats et Analyse.....	53
Verbatim de l'entretien semi-directif.....	53
Synthèse de l'entretien semi-directif	63
Passation du PCL-5.....	64
Interprétation des résultats du PCL-5	64
L'Etude de cas	65
Introduction du cas.....	65
Anamnèse	65
Histoire du trouble, aspects anciens, aspects récents	67
Recueil des symptômes	69
Diagnostic différentiel.....	70
Diagnostic positif.....	70
Le diagnostic de dissociation et autres réactions périés traumatiques.....	72
L'échelle diagnostique	72
Facteurs de développement du TSPT	72
L'événement traumatique.....	73
Lignes de base pour la prise en charge	73
Discussion.....	75
Limites de la recherche	77
Perspectives	78
Conclusion	79
Bibliographie	80
Annexes	87

Liste des abréviations

AF : Assistance Financière

DP : Débriefing psychologique

FOO : Fondation Orient Occident

FPS : Femmes prévoyantes socialistes

HCR : Haut-commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

MSF : Médecins sans frontières

MSS : Migrants subsahariens

OIM : Organisation Internationale pour les migrations

OMS : Organisation Mondiale de la santé

OUA : Organisation de l'unité africaine

TCC : Thérapie cognitive et comportementale

TS : Tentative de suicide

TSPT : Trouble du stress post-traumatique

Remerciements

Tout d'abord, je remercie Dieu de m'avoir donné le désir d'avancer et de surmonter tout obstacle. Merci de m'avoir montré du bien parmi tous les maux.

A toutes les femmes migrantes, pour leur force et leur courage. Ces femmes ne cesseront jamais de m'inspirer et de m'impressionner.

A Docteur Benyahya, Merci de m'avoir fait l'honneur de diriger ce travail, Merci pour votre disponibilité, votre soutien et votre adaptabilité à travers les mille et un rebondissements, changements de thème et d'hypothèses que nous avons connu tout au long de ce mémoire. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

Je remercie également les membres du jury pour avoir accepté d'évaluer mon travail de mémoire.

A mon père, pour son soutien inconditionnel pendant toutes ces années d'études, ses précieux conseils, et de m'avoir appris la persévérance. Je te dédie ce travail. J'espère que tu es fier de moi.

A ma douce maman, pour son soutien sans limites, pour le temps consacré, le temps passé au téléphone pour me motiver, me consoler, me rappeler qui j'étais, me redonner le sourire quand ça n'allait pas. Merci d'avoir fait de moi ce que je suis aujourd'hui, d'avoir été aux petits soins, de m'avoir appris à donner, à pardonner, à relativiser, et tirer le meilleur de toute situation défavorable. Merci à tous ces rôles que tu as endossé à merveille, sans jamais te plaindre. Tu es l'incarnation de la patience, de la compassion et d'une juste sévérité. Merci pour toutes les fois où tu m'as ramassée à la petite cuillère sans jamais rien attendre en retour. Ma réussite est la tienne.

A mon frère et à ma sœur, à nos souvenirs d'enfance, à nos bagarres infinies, à tous nos bons moments passés ensemble et à tous ceux encore à venir. Merci de toujours supporter mes caprices, mes excès de colères et mes sautes d'humeur.

A Imane, pour nos fous rires, pour m'avoir toujours écouté sans jamais s'en lasser, pour sa complicité et son amitié inconditionnelle. Merci d'avoir toujours pris de mes nouvelles.

A Fatim-Zohra, ma tante paternelle, pour ses nombreuses relectures, corrections, et son soutien continu.

A mes deux grand-mères, pour leurs attentions particulières et leurs prières.

A mes oncles et tantes, pour leurs enseignements sur la vie.

A Khalild et Omar, pour nos débats passionnés, pour votre joie et bonne humeur

A Hasna et Chaimae, pour avoir été côte à côte dans les grands moments de nos vies, les bons comme les mauvais. A notre amitié durable et sincère.

A Soufiane, pour m'avoir aiguillé sur toute la ligne, et ce malgré les questions continues, et les conversations incessantes que je lui ai imposées.

A la seule et unique Snoussia, de m'avoir accompagné lors de mon stage au HCR, merci d'être un modèle à suivre pour tous les stagiaires. Tu nous as tous marqué par ton accueil chaleureux, ton dévouement et ton empathie. J'ai énormément appris à tes côtés.

A Docteur Jalil Nehas, et à la promotion Géza Roheim pour m'avoir initié à l'ethnopsychiatrie.

Un remerciement spécifique et toute ma gratitude envers tous ceux et celles qui ont contribué, de quelque manière que ce soit, à l'aboutissement de ce travail.

Introduction

La migration humaine est un phénomène mondial. L'histoire du phénomène migratoire, la diversité des mouvements des populations, les expériences migratoires et les parcours de vie dans ce cadre sont autant diverses que complexes. Différentes études, expériences et récits de vie ont montré que cette situation est jalonnée d'évènements marquants.

La migration est un ensemble de changements environnementaux radicaux que connaissent les migrants dans leurs parcours de vie. Ces derniers s'engagent dans un processus qui va venir parfois impacter leur santé mentale. C'est une composante indispensable à la santé, est un équilibre dynamique entre les différentes sphères de la vie, elle nous permet d'apporter nos contributions à la vie au quotidien et faire face aux difficultés de la vie.

La violence est identifiée comme une des caractéristiques vécue et subie dans un parcours et une expérience migratoire. Cette violence engendre des impacts multiples sur les migrants, une fois arrivés dans le pays d'asile ou de transit.

Selon les études effectuées dans les pays industrialisés, les expériences migratoires ont différents impacts sur la santé mentale des migrants, telle la détresse psychologique et le stress post-traumatique. Ces expériences traumatisantes sont vécues autant dans les pays d'origine, aussi bien durant le parcours migratoire. (Ndengeyingoma, 2006).

Parmi la population migrante, les migrantes subsahariennes ont un vécu particulier sur lequel il j'ai souhaité m'attarder.

Dans ce cadre, le Maroc à son tour, en tant que pays d'asile et de transit, a pu constater l'impact des violences subies durant les parcours migratoires.

J'ai fait le choix d'étudier les violences subies durant le parcours migratoire. Pourquoi ?

De mes différentes lectures et recherches documentaires, je retiens que les violences ont été considérées très répandues chez les migrants involontaires, c'est-à-dire, ceux qui fuient leurs pays à causes de la guerre, de leurs opinions politiques ou leurs orientations sexuelles. Le périple entrepris est souvent un itinéraire à pieds avec lequel les migrants laissent derrière eux un pays, une histoire de vie, des familles, une culture, ...

Durant ce parcours, les migrants peuvent faire face à différents types de violences qui viennent s'ajouter aux persécutions et violences vécues dans leurs pays d'origine.

Ces populations se trouvent forcées à s'embarquer dans des voyages longs et difficiles. La difficulté d'emprunter les routes traditionnelles comporte pour eux des risques auxquels s'ajoutent aussi les contrôles stricts aux frontières.

Dans une étude effectuée par les médecins sans frontières, près de 40% des migrants subsahariens interrogés pendant le recensement, ont reconnu avoir subi une agression. Dans le cadre de ses projets au Maroc et particulièrement les activités médicales directes, les MSF ont comptabilisé 5321 consultations en 2009. 14% de ces consultations sont justifiées par des blessures et des traumatismes entraînés par des violences qu'elles soient accidentelles ou délibérées (MSF, Violence et immigration, 2005).

D'autre part, « 25% de ces consultations n'avaient aucune raison médicale apparente. Elles correspondaient à des symptômes cliniques tels que des céphalées, des douleurs non spécifiques, de l'insomnie ou de l'anorexie, principalement liées au stress et à l'anxiété ». (MSF, Violence sexuelle et migration, 2010). Il a été constaté et signalé aussi d'autres formes de violences. On peut noter une situation repérée « entre mai 2009 et janvier 2010, une femme sur trois prise en charge par MSF à Rabat et Casablanca a admis avoir subi un ou plusieurs épisodes de violence sexuelle et que ce soit dans son pays d'origine, pendant le processus de migration ou une fois arrivée sur le territoire marocain ». (MSF, Violence sexuelle et migration, 2010).

Durant mon stage au HCR, et particulièrement lors des séances d'écoute que j'effectuais avec l'équipe de l'unité de protection, j'ai noté que la majorité des réfugiées subsahariennes consultaient un psychiatre. Ce besoin se faisait sentir et devenait fort face à toutes les violences vécues durant leurs expériences migratoires, notamment les violences sexuelles.

A travers ce travail je voudrai montrer les souffrances psychiques et les conséquences que provoquerait la violence sexuelle sur les migrantes subsahariennes et aussi l'importance que pourrait constituer la prise en charge psychologique dans ce contexte.

Les violences physiques et/ou sexuelles subies par une personne engendrent des fragilités, de la vulnérabilité, de l'instabilité, ... et ce n'est pas exhaustif. Cette situation fait naître un ensemble de pathologies comme le trouble de stress post-traumatique.

Ce trouble apparaît souvent à la suite d'un événement traumatique et peut durer plusieurs jours, semaines, voire plusieurs mois. Lorsque les symptômes persistent trois mois après le facteur de stress, on parle alors d'un trouble chronique.

La question du lien entre la migration, l'expérience migratoire et la santé mentale est un processus dynamique et évolutif. Ils constituent des enjeux essentiels et interdépendants au développement du public migrant.

Etudiante en Master 2 psychologie clinique et psychopathologie et suivant une formation en Ethnopsychiatrie, les rencontres cliniques que j'ai tenues offrent une excellente opportunité pour interroger la spécificité du parcours de chacun.

Ainsi, durant mon stage au HCR j'ai d'abord pu constater qu'il y avait une forte articulation entre l'expérience migratoires, les violences sexuelles et la santé mentale des migrants.

J'ai poursuivi et amplifié mon champ de réflexion en m'appuyant sur des situations parfois complexes. Les séances d'écoutes planifiées ont fait émerger le lien étroit entre les symptômes du TSPT et les violences subies durant l'expérience migratoire.

Afin d'explorer et de mieux comprendre ce phénomène, j'ai abordé dans le premier chapitre et sur la base des éléments de la littérature les définitions de la migration, l'immigration et l'émigration, j'ai également posé un aperçu sur la migration internationale, ainsi que les différents autres types de flux migratoires. J'ai par la suite détaillé la procédure que suit les demandeurs d'asile au Maroc.

Dans le deuxième chapitre je me suis intéressée à la santé mentale de la population migrante, ainsi que les différentes pratiques thérapeutiques de la prise en charge du public migrant.

Dans un troisième chapitre j'ai parcouru les différents types de violences que subissent les migrantes subsahariennes durant l'expérience migratoire, et plus particulièrement les violences sexuelles et leur impact sur l'apparition des symptômes de TSPT. Cette articulation entre expérience migratoire, violences sexuelles et TSPT a servi de fil rouge à ma recherche.

Dans un quatrième chapitre j'ai parlé des différents outils et méthodes utilisés dans la prise en charge du TSPT.

Après une présentation du contexte théorique, je présente un cas d'une migrante subsaharienne qui a subi des violences sexuelles durant son parcours migratoire, avec qui je vais mener un entretien semi-directif pour obtenir des informations sur le type de parcours migratoire qu'elle

a eu, la durée de ce parcours, les différentes violences vécues et leurs répercussions sur sa santé mentale.

Il s'agira d'une étude qualitative qui va nous aider à comprendre comment les migrantes subsahariennes soumises à des contraintes migratoires et des violences sexuelles, vont développer des symptômes de TSPT.

Fondement théorique

1 1 La migration, notions, définitions et histoire

1.1 Migration, émigration et immigration, le sens des mots

L'émigration et l'immigration sont tous les deux des constituants du mouvement migratoire. Ils ont plus ou moins la même définition de la part des chercheurs, des organisations internationales et du dictionnaire français. Quelle est la différence entre les deux termes ?

L'Emigration selon Larousse est « l'action de quitter son pays ou sa région pour aller se fixer ou vivre ou travailler dans un/une autre » (Larousse, s. d.-a).

L'OIM définit l'émigration comme étant l'action de quitter son état de résidence original pour s'installer dans un état étranger. Les définitions qu'on retrouve sont presque identiques, mais l'OIM donne davantage de précisions. Elle indique que le droit international donne aux individus le droit de quitter tout pays. Toutefois, ce droit ne s'accompagne pas au droit d'entrer sur le territoire d'un pays autre que le pays d'origine. (OIM, Richard Perruchoud, 2007.-a)

Larousse définit l'immigration comme : « L'installation d'un individu ou d'un groupe d'individus dans un pays qui n'est pas leur pays ». (Larousse, s. d.-b)

Selon l'OIM « c'est l'action de se rendre dans un Etat dont on ne possède pas la nationalité avec l'intention de s'y installer ». (OIM, Richard Perruchoud, 2007.-b)

Il apparaît au regard de ces notions que le mouvement se situe par rapport au pays. On doit d'abord identifier le pays d'origine ou de destination pour clarifier les termes les mieux adaptés à la situation.

A titre d'exemple : Si je suis un(e) Camerounais(e) qui a quitté son pays pour s'installer au Maroc, c'est que je suis :

- Un(e) émigré(e) par rapport au Cameroun.
- Un(e) immigré(e) par rapport au Maroc

Si l'émigration et l'immigration sont spécifiques, la migration elle est plutôt la catégorie parente. Elle englobe en plus de ces deux termes l'ensemble des mouvements de la population et ce peu importe leurs causes, les moyens, les durées.

D'ailleurs, l'OIM donne une définition minutieuse et précise de la migration. C'est le déplacement des individus, soit d'un pays à l'autre, soit dans un même pays mais entre différentes régions situées sur un même territoire.

La migration est un mouvement qui réunit différents types du mouvement migratoire humain. Ces derniers impliquent un changement du lieu de résidence original, quelles que soient les causes et les durées. Ces mouvements incluent les mouvements des travailleurs, des migrants économiques, des réfugiés, des personnes déplacées ou déracinées (OIM, Richard Perruchoud, 2007.-c).

1.2 Un bref regard sur la migration internationale

Le phénomène de la migration humaine est le moteur du peuplement de toute la planète. Il remonte à la préhistoire et aux premières migrations humaines. Les migrations internationales ne sont pas « une nouveauté historique. Cependant, depuis le 19^{ème} siècle, leurs caractéristiques ont changé et, depuis les années 1980, en même temps que l'économie et l'information, le phénomène migratoire s'est mondialisé » (Maxicours, dictionnaire encyclopédique).

« D'après les enquêtes de l'OIM, 1 personne sur 7 est un migrant. Si l'on ajoute aux 257,7 millions de migrants internationaux (DAES de l'OIM 2017, consulté sur OIM Maroc – Guide du journaliste 2019) les 740 millions de migrants internes estimés (PNUD 2009, consulté sur OIM Maroc – Guide du journaliste 2019), il y a au total environ 1 milliard de personnes qui ont quitté leur lieu de résidence habituelle. La majorité des migrants internationaux, soit environ 90 %, sont des travailleurs migrants et des membres de la famille ou encore des étudiants internationaux » (OIM)

1.3 Le flux migratoire international, des typologies multiples

Le flux migratoire est défini par l'OIM comme étant « le nombre de migrants qui se déplacent ou qui sont autorisés à se déplacer d'un pays à un autre en vue d'obtenir un emploi ou de s'établir dans un pays pour une période déterminée » (OIM, Richard Perruchoud, 2007.-d).

La migration internationale est le mouvement des individus qui laissent leur pays de résidence original, en franchissant une frontière afin d’aller s’installer de manière permanente ou temporaire dans un autre pays. (OIM, Richard Perruchoud, 2007.-e).

La migration économique : ce type de migration concerne les individus qui quittent leur pays de résidence pour s’installer dans un pays étranger afin d’améliorer leurs conditions de vie. (OIM, Richard Perruchoud, 2007.-f).

On emploie ce terme pour différencier ces personnes des réfugiés qui fuient leurs pays à cause des persécutions. Il est également utilisé pour les personnes qui tentent de franchir la frontière d’un pays sans obtenir les autorisations nécessaires ou en usant des procédures d’asile sans raison légitime, ainsi qu’aux travailleurs saisonniers (OIM, Richard Perruchoud, 2007.-g).

La migration politique : La Convention de Genève, qui a eu lieu après la deuxième guerre mondiale donne une définition au terme réfugié et définit la protection qu’il doit recevoir (OIM, Richard Perruchoud, 2007.-h).

Dés lors, le terme de « réfugié » concerne tout individu qui craint « avec raison d’être persécuté du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions en cas de retour dans son pays » (Le statut de réfugié | OFPRA, 2018).

Le texte de la convention de Genève cadre la notion de réfugié en lui donnant un sens humain, social, et éthique. Nous pouvons retenir de cette notion la primauté de la protection des personnes se sentant en danger, soit parce qu’elles étaient opposantes à un régime, visées par un génocide, ou menacées par la guerre.

La migration forcée est « un terme généralement utilisé pour décrire le mouvement non volontaire des personnes, causé par la crainte des persécutions, par des situations de conflit armé, de troubles internes, de catastrophes naturelles ou provoquées par l’homme » (OIM, Richard Perruchoud, 2007.-i).

1.3.1 Un pays où trouver protection

Quand les réfugiés arrivent au pays d’asile, ils procèdent tout d’abord par la demande du statut d’asile. Tout au long de cette procédure, ils sont toujours considérés comme des demandeurs d’asile. Quand la demande est acceptée, ils obtiennent la protection et le statut de réfugié (Maxicours, dictionnaire encyclopédique. -a).

Le HCR, instance subordonnée à l'ONU, tente d'assurer aux réfugiés une protection dans les cas d'urgence et de rechercher des solutions durables à leur exil (Maxicours, dictionnaire encyclopédique. -b).

La migration assistée : est une migration qui permet aux personnes de bénéficier d'une aide administrative et/ou financière de la part d'un ou plusieurs Etats, ou bien de la part d'une ou plusieurs organisations internationales (OIM, Richard Perruchoud, 2007.-j).

La migration clandestine : c'est un mouvement migratoire international qui transgresse le cadre légal des pays d'origine, de transit et de destination (OIM, Richard Perruchoud, 2007.-k).

« La notion de clandestinité évoque la condition des migrants irréguliers contraints de vivre en marge de la société. Il y a migration clandestine soit en cas d'entrée irrégulière sur le territoire d'un Etat, soit en cas de maintien sur le territoire d'un Etat au-delà de la durée de validité du titre de séjour, soit encore en cas de soustraction à l'exécution d'une mesure d'éloignement » (OIM, Richard Perruchoud, 2007.-j).

Quant à la **migration irrégulière**, elle n'a pas de définition universellement acceptée. Du point de vue des pays de destination, il s'agit d'entrer, de séjourner et de travailler de manière illégale dans un pays, sans avoir les autorisations indispensables ou les documents nécessaires selon la loi d'immigration afin de pouvoir, entrer, résider et travailler dans le pays en question (OIM, Richard Perruchoud, 2007.-k).

Du point de vue des pays d'origine, on peut parler d'irrégularité lorsqu'une personne a franchi une frontière internationale sans être munie des documents de voyage valides, ou sans remplir les exigences administratives pour quitter le pays (OIM, Richard Perruchoud, 2007.-l).

1.4 Le migrant, le demandeur d'asile et le réfugié, trois statuts distincts

1.4.1 Qu'est-ce qu'un réfugié ?

Le terme réfugié est issu du latin « *refugium* », et qui veut dire « l'action de se retrancher et fuir », et du verbe « *refugere* » qui signifie « reculer en fuyant et s'enfuir » et « chercher asile ». Il renvoie directement à la notion de « *refuge* », un « lieu où l'on s'enfuit, ou l'on se retire pour être en sûreté et où se rendent les gens qui ne sont guère reçus ailleurs » (Elise Pestre, 2014).

En ancien français, la racine de réfugié, refui, renvoie au fait de « se soustraire hâtivement à un péril, à une menace, à quelque chose ou quelqu'un ».

Il est également intéressant de relever que le radical « fui » signifiant au Moyen Age « encore vivant » résonnant ainsi avec la question de la survivance inhérente à la problématique des réfugiés. Enfin en littérature, le refuge est envisagé comme une quête pour habiter un lieu sécurisant (Elise Pestre, 2014.-a).

« Un réfugié est une personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social, de ses opinions politiques se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ou qui, n'ayant pas la nationalité et se trouvant en dehors du pays de sa résidence habituelle en raison de tels événements, est incapable ou, en raison de cette peur, ne souhaite pas y retourner » (Réfugiés - UNHCR Suisse et Liechtenstein, s. d.).

D'un point de vue juridique, le terme « réfugié » est employé pour parler d'un individu qui, en cas de retour dans son pays, craint « avec raison d'être persécuté du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe ou de ses opinions politiques ». Obtenir le statut de réfugié passe d'abord par la procédure de la demande d'asile qui se fait de manière individuelle auprès d'un État. (Qu'est-ce qu'un réfugié ? - Amnesty International France, s. d.).

Les réfugiés sont des personnes qui sont à la fuite des conflits armés, des guerres et des persécutions. Leur situation est périlleuse et intolérable au point de prendre le risque de traverser des frontières internationales afin de se sentir stable et en sécurité dans d'autres pays. Les réfugiés sont par conséquent reconnus internationalement et bénéficient de l'aide des États, du haut-commissariat aux réfugiés et d'autres associations et organisations internationales. Ne pas reconnaître ces personnes autant que réfugiés aurait des conséquences dangereuses voire mortelles, car le retour dans leurs pays met leur vie en péril, et ils ont besoin d'un refuge ailleurs (HCR, Adrian Edwards, 2015).

Selon les écrits de la loi internationale ; les réfugiés ne doivent « pas être expulsés ni renvoyés vers une situation où leur vie et leur liberté seraient menacées » (Edwards, 2015). (HCR, Adrian Edwards, 2015,-a).

1.4.2 Migrants et réfugiés, quelle distinction ?

Selon l'OIM :

« Un migrant est un terme générique non défini dans le droit international qui, reflétant l'usage commun, désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons. Soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale. Il englobe un certain nombre de catégories juridiques de personnes bien déterminées, comme les travailleurs migrants ; les personnes dont les types de déplacement particuliers sont juridiquement définis, comme les migrants objets d'un trafic illicite ; ainsi que celles dont le statut et les formes de déplacement ne sont pas expressément définis par le droit international, comme les étudiants internationaux » (OIM, 2019).

Les migrants ne choisissent pas de quitter leur pays par peur des menaces directes, des guerres et des persécutions, mais surtout afin de trouver du travail et améliorer leur qualité de vie. « Contrairement aux réfugiés qui ne peuvent retourner à leur pays d'origine en toute sécurité, les migrants ne font pas face à de tels obstacles en cas de retour. S'ils choisissent de rentrer chez eux, ils vont continuer de recevoir la protection de leur gouvernement ». (HCR, Adrian Edwards, 2015,-b)

« Pour les gouvernements, cette distinction est importante. Les pays gèrent les migrants en vertu de leurs propres lois et procédures en matière d'immigration. Les pays gèrent les réfugiés en vertu des normes sur la protection des réfugiés et de l'asile aux réfugiés qui sont définies dans les lois nationales et internationales. Les pays ont des responsabilités précises envers les demandeurs d'asile sur leurs territoires et à leurs frontières. Le HCR aide les pays à gérer ces responsabilités en matière d'asile et de protection des réfugiés » (HCR, Adrian Edwards, 2015,-c).

1.4.3 Qu'est-ce qu'un demandeur d'asile ?

Un demandeur d'asile est « une personne qui sollicite une protection internationale hors des frontières de son pays, mais qui n'a toujours pas obtenu le statut de réfugié » (Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés, HCR).

La demande l'asile est considérée comme un droit humain, cela veut dire que tous les individus devraient avoir l'autorisation de rentrer dans un autre pays pour y demander l'asile (Qu'est-ce qu'un demandeur d'asile ? - Amnesty International France, s. d.).

Demander l'asile « devrait être équitable et efficace, et les demandeurs devraient être en mesure d'entrer en contact avec le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) s'ils en ont besoin ou le souhaitent » (Qu'est-ce qu'un demandeur d'asile ? - Amnesty International France, s. d.-a).

« Toute personne en passe d'être envoyée vers un autre pays devrait être traitée équitablement et avec dignité. Le principe juridique de « non-refoulement » signifie que personne ne devrait être contraint de retourner dans un pays où sa vie ou son bien-être est susceptible d'être menacé » (Qu'est-ce qu'un demandeur d'asile ? - Amnesty International France, s. d.-b).

Selon Elise Pestre dans son livre la vie psychique des réfugiés, l'asile désigne à l'origine une constellation de lieux sacrés servant de refuges à ceux qui se soustrayaient à un péril imminent (Elise Pestre, 2014.-b).

En Grec ancien, *asulos* signifie « j'enlève et j'arrache ». Par la suite, la langue classique l'étendit à tout lieu où l'on se met à l'abri d'un danger. L'asile est également un lieu qui promet la sûreté, et qui se destine à une population en situation précaire et fragile. Enfin, l'asile renvoie à un abri psychique, à un espace sécurisant destiné à un sujet en danger qui doit trouver un site pour continuer à vivre, à un lieu protégé permettant l'accès à une paix psychique, pour s'extraire de persécutions externes ou internes (Elise Pestre, 2014.-c).

1.5 La demande d'asile au Maroc

Le Maroc est le premier pays arabe à avoir adopté un texte sur l'asile, fixant les modalités d'application de la Convention de Genève. Mais dans la pratique, c'est le HCR qui s'occupe de la détermination de la qualité de refuge (La situation des réfugiés au Maroc, GADEM, 2014).

La demande d'asile se fait au HCR à Rabat, capitale administrative du Maroc. Et il faut suivre les étapes suivantes :

Le formulaire d'enregistrement : Le demandeur d'asile se présente au bureau du HCR, afin de remplir le formulaire d'enregistrement. Ce dernier est valable en trois langues ; en français, anglais et arabe.

Les personnes qui ont des difficultés à remplir le formulaire peuvent bénéficier d'une assistance de la part d'une personne du HCR. Les informations demandées portent sur l'état-civil (nom, prénom, date et lieu de naissance, situation familiale), la profession, la nationalité, les motifs de la demande, les raisons de départ du pays d'origine...

L'entretien d'enregistrement : Durant cette étape le demandeur d'asile sera ensuite reçu pour passer un entretien mené par un employé du HCR afin de lui poser des questions et demander des précisions par rapport aux informations fournies dans le formulaire d'enregistrement.

Le pré-examen de la demande : Durant étape, un employé du HCR examine et évalue la demande d'asile, afin de savoir si cette dernière est infondée ou abusive. Seules les demandes d'asile qui ne rejoignent pas la définition du statut de réfugié sont rejetées à ce stade.

Délivrance d'une attestation de demande d'asile : Les personnes dont la demande est jugée manifestement infondée ou abusive ne reçoivent pas d'attestation de demande d'asile.

Elles sont immédiatement notifiées de la décision négative, pour laquelle elles peuvent faire un recours dans un délai de 48h. Les autres reçoivent un récépissé de demande d'asile et la demande sera examinée sur le fond par le HCR. Ce récépissé est valable 3 mois et renouvelable jusqu'à ce qu'une décision définitive soit prise sur la demande d'asile (La procédure de demande d'asile auprès du HCR Maroc, GADEM, 2014).

1.6 Les migrants subsahariens au Maroc

L'Afrique subsaharienne est « l'étendue du continent africain au sud du Sahara, séparée écologiquement des pays du nord par le climat rude du plus vaste désert chaud du monde. » (Wikipédia, Afrique subsaharienne, 2020). Elle est la partie la plus active démographiquement dans le monde, mais ses problèmes sanitaires et d'éducation sont les plus inquiétants de la planète.

Selon Hannes Stegmann « en dix ans le profil des personnes migrantes au Maroc a substantiellement changé. Nous sommes passés d'une migration économique à une migration sociale de misère ». Le directeur de Caritas Maroc, constate qu'il y'a de plus en plus de migrantes, enceintes, seules, de mineurs, et moins d'hommes majeurs.

Le Maroc est devenu la voie principale des migrants subsahariens espérant pouvoir passer en Espagne, depuis que le passage par la Lybie est presque fermé. Selon l'OIM en 2018 l'Espagne est le pays principal pour entrer en Europe (Rémy Pigaglio, 2019).

Selon une autre enquête sur les migrants subsahariens au Maroc, la majorité des migrants subsahariens viennent au Maroc pour s'y installer.

Ce choix découle peut-être de la difficulté de migrer au Nord, ou par manque de moyens financiers pour continuer le voyage.

Quoiqu'il en soit, ce qui domine selon cette étude est bien la volonté de s'installer au Maroc. (Alioua, Ferrié, Mourji, Radi, 2016). D'ailleurs d'après Serge Gnako, fondateur de Fased, une association d'Africains subsahariens : « Aujourd'hui, beaucoup d'Ivoiriens, Sénégalais, ou encore Camerounais s'installent au Maroc, et y trouvent du travail. La situation ici est souvent bien meilleure que dans le pays d'origine » (Rémy Pigaglio, 2019,-a).

Dans une autre étude effectuée par le Centre des études et des recherches démographiques à Rabat, sur la migration irrégulière au Maroc. Cette dernière revêt une importance particulière, vu ses implications sur le plan politique, social, économique et sécuritaire. En analysant les données de cette étude, dont les discours des migrants subsahariens, on peut comprendre qu'ils se sentent entièrement rejetés par la société Marocaine.

Près de 28 % estiment que les Marocains les considèrent inférieurs et les perçoivent négativement. Près de 23% estiment que les Marocains éprouvent un sentiment de mépris à leur égard. Près de 29% pensent que les Marocains ont peur d'eux. 24.1% des migrants pensent que les Marocains sont un peuple qui fait preuve de solidarité. 43.1% pensent que les Marocains sont accueillants et agréables.

3% des migrants subsahariens pensent que les Marocains les respectent, en les considérant comme des personnes qui ont fait preuve de courage et de détermination en prenant la route pour fuir leur pays d'origine (CERED, Mghari, s. d.).

Les migrants font certes preuve de courage en décidant de quitter leurs pays d'origine et prendre la route vers l'inconnu. Durant ce processus migratoire, les migrants doivent faire le deuil du pays, de la famille et de tout ce qui a été perdu. Ils font également face à des conditions de voyage défavorables, subissent beaucoup de violences. Ces migrants passent par un processus complexe et douloureux, qui demande un grand travail d'élaboration psychique. Qu'en est-il de la santé mentale de la population migrante ?

2 La santé mentale chez la population migrante

2.1 La santé mentale chez le public migrant, notion et définitions

La migration humaine représente un changement profond et complexe de l'environnement dans lequel les migrants se sont construits et à partir duquel ils auront la possibilité ou non, de construire leurs avenir. Les personnes migrantes s'engagent dans ce processus qui viendra remettre en question, nuire, ou impacter leur santé mentale. Il est difficile de donner une définition à la santé mentale. Plusieurs définitions ont été proposées. J.Furtos a proposé la définition suivante :

« Une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte » (Furtos 2007, consulté sur Soullier, L. (2015-2016), Migration et trouble de personnalité : Réflexions autour d'une vignette clinique.).

Il s'agit donc de la capacité d'être en interaction avec autrui et de ne pas perdre le lien avec soi-même. Les migrants sont confrontés tout au long du parcours migratoire.

Selon l'OMS le nombre de migrants, réfugiés et demandeurs d'asile est en croissance continue. Ainsi dans le cadre d'une étude effectuée en 2016, Stefan Priebe, Domenico Giacco et Rwada El-Najib, ont conclu que le public migrant est exposé à des facteurs de risque de troubles mentaux avant, pendant et après la migration. (OMS, El-Najib, Giacco, Priebe, 2016)

« La santé mentale et le bien-être sont influencés par les facteurs individuels, mais également par le contexte social dans lequel évoluent les personnes et par l'environnement dans lequel elles vivent » (OMS, fact sheet, 2019).

La santé mentale de la population migrante est impactée par les conditions de la migration, les menaces subies dans les pays d'origine, la complexité des trajets migratoires, la douleur de la séparation et de l'exil, la lourdeur des procédures administratives, les problèmes d'adaptation, d'intégration, de langue et de communication, d'accès au logement, aux services médicaux et à l'emploi... tous ces éléments ne peuvent être que des facteurs de risque de souffrance psychique (Gerbes, A., Leroy, H., Leferrand, P., Michel, D., Jarno, P. & Chapplain, J. (2015).

« Les troubles psychiques constituent la pathologie la plus fréquente rencontrée chez les exilés, particulièrement les demandeurs d'asile et les réfugiés selon le comité médical pour les exilés » (Comede 2012).

Plusieurs champs disciplinaires se sont intéressés à la psychologie du migrant, dont la psychologie culturelle, la psychologie interculturelle comparative, la psychologie des contacts interculturels, la psychologie transculturelle, l'ethnopsychologie et la clinique de l'exil.

2.2 Les troubles psychologiques chez les migrants

« La santé des populations migrantes est généralement moins bonne que celle des populations non-migrantes » (Carballo et al. 1998 consulté sur Dépression, culture et migration, Clément Garcette, 2012).

« Les pathologies mentales n'échappent pas à cette règle avec des taux augmentés dans presque toutes les catégories diagnostiques comme, par exemple, les troubles de l'humeur, les états de stress post-traumatique ou encore la schizophrénie » (Carta et al. 2005, consulté sur Dépression, culture et migration, Clément Garcette, 2012).

Des études épidémiologiques ont été réalisées par plusieurs pays. Ces dernières montrent « que les migrants constituent une population vulnérable » (Porter, Haslam 2005). On peut expliquer cette vulnérabilité par l'exposition pré et post migratoire à des événements stressants. Avant de se lancer dans l'expérience migratoire la majorité des migrants ont été exposés à la guerre, la torture, aux violences individuelles et collectives. Ensuite durant l'expérience migratoire ils ont également été confrontés à des événements traumatisants. Même une fois arrivés aux pays d'accueil, ils se retrouvent dans l'attente de l'autorisation de séjour ce qui ralenti par conséquent le processus d'intégration (Fleury 2006).

Selon Bemak, Chung et Pedersen en 2003, il existe « une prévalence de 50% sur le syndrome de stress post-traumatique et une prévalence qui peut aller de 42 à 89% pour la dépression chez les réfugiés ayant consulté pour des problèmes psychiques » (Bemak, Chung, Pedersen, 2003).

2.2.1 Dépression et migration

La dépression est une pathologie universelle, mais pendant longtemps la dépression est restée une pathologie spécifique aux occidentaux. En 1953, selon Carrothers les théories colonialistes niaient l'existence de la dépression chez l'individu noir (Carrothers, 1953, consulté sur Dépression, culture et migration, Clément Garcette, 2012).

La majorité des études effectuées auprès des sujets migrants prouvent que ce public présente plus de troubles psychopathologiques que les non-migrants. (Ritsner et al. 2001 ; Grant et al. 2004 ; Steel et al. 2004 ; Wittig et al. 2008, consulté sur Dépression, culture et migration, Clément Garcette, 2012). La première étude en ce qui concerne l'articulation entre la dépression et la migration date de 1932 (Ødegaard 1932, consulté sur Dépression, culture et migration, Clément Garcette, 2012). Plusieurs études sont venues après. Ainsi selon la littérature internationale, il existe des différences de prévalence chez le public migrant et ce en fonction de son origine démographique.

Le pays d'origine, la culture, l'expérience migratoire, les caractéristiques personnelles rendent unique chaque récit de vie.

2.2.2 Deuil et migration

La séparation et le deuil occupent une place importante tout au long du processus migratoire. Et afin d'atténuer la douleur de la perte et la maîtriser se déclenchent des mécanismes de défenses spécifiques. Cette douleur peut s'amplifier quand le retour au pays d'origine devient impossible (Douville, Galap 1999, consulté sur Dépression, culture et migration, Clément Garcette, 2012). Grinberg a décrit les différentes phases du travail de deuil dans le processus migratoire. Selon Grinberg la douleur de la perte accompagnée de la désorganisation anxieuse dans un sentiment de détresse laisse progressivement place à des affects dépressifs (Grinberg, 1986, consulté sur Dépression, culture et migration, Clément Garcette, 2012).

2.2.3 Traumatisme et migration

« Toute migration est au mieux conflictuelle, au pire traumatique » Tobie Nathan.

La migration est une composante essentielle de la biographie du public migrant. Cette dernière n'entraîne pas automatiquement des répercussions psychopathologiques. Toutefois elle peut être source de vulnérabilités et engendrer des traumatismes.

Un migrant dénoyauté, avec un vécu de violences et un départ précipité ou non préparé, amputé de sa culture, pour des antécédents relatifs de son histoire de vie, de sa structure psychique, va commencer à réagir à tous ces éléments avec un mode traumatique. Dans ce cas, selon Betty Goguikian Ratcliff (2011) le psychologue peut intervenir afin de faire de ce traumatisme une opportunité pour nouveau départ.

2.3 Les pratiques des psychologues avec la population migrante

Comme on l'a vu précédemment, les problèmes psychiques sont assez récurrents chez le public migrant. Il est important d'étudier et de comprendre les pratiques des psychologues dans la prise en charge de cette population. En 2005 Blackwell incita les psychologues à revoir l'objectif de la prise en charge et du suivi thérapeutique. Selon Blackwell le suivi thérapeutique « ne devrait pas avoir pour visée de les guérir mais plutôt comme un moyen de les aider et de les accompagner dans la création d'un futur qui leur est propre ».

Quant à Fleury en 2006, il conclut que la prise en charge doit suivre quatre aspects : « les difficultés en lien avec des traumatismes subis [...], les difficultés antérieures à la migration [...], les difficultés postérieures à la migration [et] les difficultés en lien avec un retour forcé ou non dans le pays d'origine ».

La prise en charge psychologique du public migrant est un grand défi, les psychologues se retrouvent devant des situations complexes auxquelles ils ne sont pas habitués et préparés.

L'exemple des patients qui sont victimes de la cruauté des guerres (Lago, 2006). Les récits de l'atrocité des expériences migratoires peuvent faire émerger chez les psychologues de la colère, de la frustration et de l'impuissance. Ils risquent de remettre en question l'intérêt d'une thérapie tandis que le patient se trouve dans une telle situation de précarité (Blackwell, 2005). Ahovi en 2006, affirme que dans ces situations, et pour le bon déroulement de la thérapie le psychologue doit prendre conscience de la spécificité du public migrant et être capable d'adapter la prise en charge en fonction des besoins exprimés.

Il est important pour les psychologues travaillant dans des contextes interculturels de prendre conscience et accepter l'existence d'autres modes de pensée. Cette prise de conscience nécessite un travail sur soi et une réflexion profonde sur le sujet (Lago, 2005,-a).

2.3.1 L'ethnopsychiatrie comme pratique thérapeutique

L'ethnopsychiatrie est une pratique qui « réserve une part égale à la dimension culturelle du désordre et de sa prise en charge » (Moro, 1992). Le complémentarisme entre la psychanalyse et l'anthropologie constitue sa méthode originale.

Elle permet la construction d'un pont qui va rapprocher le clinicien et le patient, qui va associer les thérapies classiques et les thérapies modernes, et qui va permettre l'exploration de l'extérieur (la culture), et l'intérieur (le psychisme). Cette approche a de bons résultats en situation de migration (Moro, 1992).

« Le complémentarisme n'est pas une théorie mais une généralisation méthodologique » (Devereux, 1972, sur laquelle s'est construite l'ethnopsychiatrie (Devereux 1970, consulté sur Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie, Moro, 1992).

La consultation en ethnopsychiatrie se fait sous forme de dispositif inspiré de la pratique de Devereux. Ce dispositif permet de traiter les problématiques des migrants en utilisant une « prise en charge différente de la psychothérapie classique » (Devereux). Il est constitué d'une équipe de thérapeutes (thérapeute principal et co-thérapeutes), un interprète, un patient ou une famille. (Chalverat, Jonckheere, Steck et al, 2011).

Au sens d'Agamben (2007), le groupe ethnopsychiatrique est un dispositif théorico-pratique, qui permet l'élaboration de pensées et de conduites chez les patients. Avant de s'engager dans cette aventure il est important que les patients soient consentants.

Compte tenu du nombre des intervenants dans une consultation en ethnopsychiatrie, l'organisation spatiale se fait sous forme de cercle, un thérapeute principal mène la séance qui dure environ deux heures.

Le but de l'ethnopsychiatrie serait de mieux comprendre et étudier comment les patients intègrent dans leur monde la culture, celle du pays d'origine et/ou celle du pays d'accueil. Durant les séances d'ethnopsychiatrie les thérapeutes font part parfois de ce qui est affecté à partir du récit d'un patient, on appelle ça l'expression des résonances « ces résonances sont une composante culturelle dans le sens où ce qui est exprimé par le patient renvoie à sa culture d'origine, et où ce qui est entendu par un thérapeute met en mouvement des aspects de sa propre culture ».

Le but d'exprimer ces résonances est de faire savoir aux patients que les thérapeutes éprouvent des réminiscences de leur propre histoire sous forme de souvenirs, de sensations, d'émotions ou d'images. Ces résonances exprimées contribuent à leur développement (Chalverat, Jonckheere, Steck et al, -a). L'expression des résonances peut être considérée comme un « contre transfert culturel » selon Devereux (1977). « Ce contre transfert culturel permet aux thérapeutes de fournir aux patients des réponses culturelles aux dimensions culturelles de leurs trouble » (Chalverat, Jonckheere, Steck et al, 2011).

2.4 La culture, un des déterminants dans le suivi thérapeutique

La culture se compose des connaissances, des mœurs, des pratiques religieuses, des savoir-faire, des traditions, des coutumes, propres à un groupe de personnes ou à une civilisation. Elle se transmet entre les générations. Elle influe une grande partie des comportements individuels.

La culture contient beaucoup d'aspects de la vie en société et on trouve à titre d'exemple les manières, les mœurs, les modes de vie, les principes, les traditions, les systèmes de valeurs, les croyances et les rites religieux etc..

Bemak, Chung et Pedersen en 2003 affirment que dans la prise en charge psychologique du public migrant il est nécessaire de remettre en question les bases de la psychothérapie telle qu'elle est conçue en occident. Selon eux, il ne faut pas imposer les représentations propres aux psychologues, et laisser la place à la culture du patient.

L'ethnopsychologie est une discipline qui s'est fondée sur la culture. Son fondateur Georges Devereux, affirme l'existence d'une corrélation, et d'un lien étroit entre le psychisme et la culture. Les ethnopsychologues prennent en compte alors les caractéristiques ethniques et culturelles des patients et coconstruisent avec eux des hypothèses sur la source de leurs souffrances. Tobie Nathan, le psychiatre qui a vulgarisé l'ethnopsychiatrie en France, insiste sur l'importance de cette dernière dans un monde de plus en plus multiculturel car elle permet de nourrir les réflexions autour de la pratique de la psychologie.

3 La migration et ses impacts sur la santé mentale de la population migrante

3.1 L'expérience migratoire, un chemin garni de violences multiples

La migration humaine est un événement sociologique qui s'inscrit dans un contexte historique et politique. Les raisons pour lesquelles les personnes décident de migrer sont donc diverses. Souvent, les personnes sont contraintes de le faire pour des motifs politiques, d'autres fois pour des motifs économiques. Parfois ces personnes choisissent de migrer pour trouver une vie décente ailleurs, ou par soif de liberté individuelle et d'aventure. Mais qu'elle soit voulue ou subie toute migration est un acte courageux qui entraîne des modifications dans l'histoire de la personne. La migration est parfois traumatisante.

Dans une analyse effectuée par les FPS sur les violences sexuelles que subissent les femmes réfugiées. Celles-ci migrent en espérant trouver une vie meilleure dans les pays d'asile, et afin de se reconstruire.

Entre Janvier et Juillet 2015, sur 340 000 migrants, il a été confirmé qu'il existe « un grand nombre de femmes et d'enfants, qui sont extrêmement vulnérables et exposés à diverses agressions, dont les violences sexuelle » (FPS, 2016). Ces violences représentent une atteinte grave à l'intégrité physique et psychique des femmes qui en sont victimes, elles sont également à l'origine de chocs psychologiques et de troubles psycho traumatiques graves et fréquents.

3.1.1 Qu'est-ce que la violence sexuelle ?

L'Organisation mondiale de la Santé définit les violences sexuelles comme :

« Tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avance de nature sexuelle, ou acte visant à un trafic ou autrement dirigé contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail » (OMS, Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes, 2012).

3.1.2 Viol, exploitation sexuelle et prostitution forcée, des violences subies par les migrantes

Il existe plusieurs types de violences sexuelles. Dans ce travail je vais principalement axer mon étude sur des violences sexuelles rencontrées par les femmes migrantes.

-Le viol : est considéré comme « tout acte de pénétration sexuelle de quelque nature qu'il soit et par quelque moyen que ce soit, commis sur une personne qui n'y consent pas » (article 375 du Code pénal Belge).

Le code pénal marocain définit le viol, à l'article 486, comme suit : « l'acte par lequel un homme a des relations sexuelles avec une femme contre le gré de celle-ci ».

On parle de non-consentement « lorsque l'acte a été imposé par la violence, la contrainte, la ruse, ou encore lorsque l'acte a été rendu possible suite à une infirmité ou à une déficience physique ou mentale de la victime » (FPS, 2016,-a).

-L'exploitation sexuelle ou la prostitution forcée :

« Concerne toutes situations d'abus de confiance, d'une situation de vulnérabilité ou de différence de pouvoir à des fins sexuelles, y compris le fait de profiter momentanément de l'exploitation sexuelle d'une autre personne pour en faire un commerce sexuel. Les personnes concernées sont habituellement des femmes ou des jeunes filles hautement vulnérables, qui ne peuvent subvenir à leurs besoins essentiels et/ou à ceux de leur(s) enfant(s) » (FPS, 2016, -b).

En ce qui concerne les violences sexuelles subies durant le parcours migratoire, les deux types ci-dessus sont les plus retrouvés chez les femmes migrantes victimes de violences sexuelles.

3.2 Les violences sexuelles subies par les femmes migrantes

Que ce soit lors de leur exil, dans les pays de transit ou encore dans les camps de réfugiés situés dans les pays d'accueil, les femmes migrantes sont fréquemment victimes de violences sexuelles (MSF, Violence sexuelle et migration, 2010).

En effet, Amnesty international (2016) a mené une étude auprès des femmes migrantes pour prouver ces faits. Les femmes interrogées témoignent avoir été victimes de violences sexuelles durant les étapes de leur trajet migratoire.

Elles racontent avoir subi, dans presque tous les pays traversés « des agressions physiques et, en l'occurrence, sexuelles » ((Amnesty, Les femmes réfugiées en provenance de Syrie sont exposées à l'exploitation et au harcèlement sexuel, 2016).

Durant leur fuite, non seulement elles sont violées par les autres migrants, ces femmes subissent également des violences sexuelles de la part des passeurs, des employés chargés de la sécurité et même des policiers, dans une sorte d'échange de bons procédés (Amnesty, Les femmes réfugiées en provenance de Syrie sont exposées à l'exploitation et au harcèlement sexuel, 2016).

Les passeurs, par exemple, choisissent leur cible parmi les femmes voyageant seules (France terre d'asile, Fouteau, 2016), sachant qu'elles sont plus vulnérables que les autres voyageant en famille ou en communauté. Lorsque ces femmes manquent de moyens financiers pour payer le voyage, les passeurs profitent pour les forcer à avoir des relations sexuelles avec eux.

La situation est identique, même arrivées aux pays d'asile et aux camps de réfugiés. Les femmes continuent à être exposées aux violences, de type sexuel ou autre. Malheureusement, ces faits sont généralement tus par les migrantes car elles ne se sentent ni en sécurité ni en confiance pour en parler (UNHCR, La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées, 2003).

3.3 Les conséquences des violences sexuelles chez les femmes migrantes

On observe différentes conséquences chez les femmes migrantes victimes de violence sexuelle. Il s'agit de conséquences physiques, psychologiques, et sociales entre autres.

Sur le plan physique, on observe différents types de séquelles :

- Conséquences physiques graves telles que les blessures, les chocs, les maladies infectieuses etc.
- Conséquences physiques chroniques : invalidité, maladies organiques, infections chroniques, troubles de l'alimentation, troubles du sommeil etc.
- Conséquences gynécologiques : fausses couches, maladies sexuellement transmissibles, SIDA/VIH, troubles gynécologiques etc.

« Sur le plan psychologique, un stress post-traumatique, une peur persistante, un sentiment de honte et culpabilité ou encore des idées suicidaires peuvent s'installer chez de nombreuses victimes » (UNHCR, La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées, 2003, -a).

En ce qui concerne les conséquences sociales, les migrantes sont souvent envahies par un sentiment de culpabilité, par la perte totale du sentiment de sécurité ainsi que le rejet social. On retrouve également des comportements d'évitement et d'isolement (UNHCR, La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées, 2003, -b).

3.4 Le traumatisme psychique, une des conséquences du parcours migratoire

Comme exposé tout au long de ce travail, les migrantes quittent leur pays à cause des conflits armés, des guerres, ou des violences diverses qu'elles y subissent, et continuent à en subir durant toute l'expérience migratoire. (Amnesty, Liban. Les femmes réfugiées en provenance de Syrie sont exposées à l'exploitation sexuelle et au harcèlement sexuel, 2016).

Ces violences sont derrière certaines séquelles psychologiques tel que le stress post-traumatique. Les migrantes sont constamment exposées à des événements traumatisants.

3.4.1 Qu'est-ce que la psycho traumatologie ?

La psycho traumatologie est la discipline qui s'intéresse aux troubles psychiques et psychosomatiques qui surviennent suite à des expériences traumatiques comme celles vécues par les migrantes subsahariennes durant leur trajet vers le Maroc, et à la prise en charge psychologique de ces troubles. L'intérêt pour la psycho traumatologie est récent. Ce n'est qu'à partir du 19^{ème} siècle que le traumatisme psychique a suscité l'intérêt du monde médical, et ce n'est qu'en 1980 que l'état de stress post-traumatique a été baptisé dans le DSM III avant d'être renommé « trouble de stress post-traumatique » dans la dernière version (DSM V).

3.4.2 Qu'est-ce que le trauma ?

Le terme traumatisme trouve son origine dans le grec « *trauma* », qui veut dire blessure.

Ainsi en médecine le traumatisme est défini comme la « transmission d'un choc mécanique exercé par un agent physique extérieur sur une partie du corps et y provoquerait une blessure ou une contusion » (Crocq 2007).

Calqué à la psychopathologie, il devient alors un traumatisme psychique, soit « la transmission d'un choc psychique exercé par un agent psychologique extérieur sur le psychisme, y provoquant des perturbations psychopathologiques transitoires ou définies » (Crocq 2007,-a).

Dans son ouvrage Introduction à la psychanalyse, Freud décrit le trauma comme un afflux d'excitation impossible à assimiler et à éliminer.

« Et même, le terme traumatique n'a pas d'autre sens qu'un sens économique. Nous appelons ainsi un événement vécu qui, en l'espace de peu de temps, apporte dans la vie psychique un tel surcroît d'excitation que sa suppression ou son assimilation par les voies normales devient une tâche impossible, ce qui a pour effet des troubles durables dans l'utilisation de l'énergie » (Freud 1917, consulté sur, Le traumatisme psychique chez l'adulte, Evelyne Josse, 2019).

Selon Claude Barrois, le trauma est une « catastrophe intime et singulière », et l'événement traumatique est une rencontre avec le « réel de la mort ». Nous pouvons citer ici l'exemple des migrants qui prennent la mer et qui se jettent dans l'eau à la vue de la police maritime.

Comme pour Barrois, François Lebigot, définit également le traumatisme comme :

« Résultant d'une rencontre avec le réel de la mort. Cela veut dire que le sujet s'est vu mort ou il a perçu que c'est vraiment la mort comme anéantissement, et non sous cette forme imaginaire qui caractérise le rapport des hommes à la mort. Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir, mais que nous n'y croyons pas. Il n'y a pas de représentation de la mort dans l'inconscient, et d'ailleurs comment représenter le néant » (Lebigot, 2006, consulté sur Le traumatisme psychique chez l'adulte, Evelyne Josse, 2019,-a).

3.4.3 Qu'est-ce qu'un évènement traumatogène ?

L'événement traumatogène concerne les situations où la personne peut en être sujet, témoin, ou acteur.

Selon le DSM V la personne peut être exposée à la mort, la menace de mort, à la violence sexuelle ou à la menace d'une telle violence, aux blessures graves ou à la menace de telles blessures.

L'événement traumatique représente une situation qui menace la vie, l'intégrité physique et psychique de la personne.

Ces événements traumatiques font surgir un sentiment d'impuissance, de peur intense, d'horreur, de honte, ainsi que la remise en cause des valeurs essentielles de l'existence que sont le respect, la paix, la dignité et la solidarité, etc.

Cependant, il est important de noter que certaines personnes ne présenteront pas ces symptômes, d'autres souffriront à long terme.

3.4.4 Les différentes catégories d'un événement traumatogène

Les événements traumatogènes sont hors du commun, brusques, dangereux et massifs, et se divisent en catégories. On note les événements intentionnels tels que les agressions physiques, les viols, les abus sexuels, les holdups, les prises d'otage.

Il a été nommé aussi les événements accidentels tels que les accidents de travail, de sport et loisirs, les explosions de gaz, les accidents industriels, technologiques, les feux de forêts etc. Ils peuvent aussi être sous forme de rappel d'événements d'importances diverses ou le rappel d'un événement ancien aux potentialités traumatogènes.

Les traumatismes peuvent être vécus de manière individuelle ou collective. Les traumatismes individuels peuvent être sous forme d'agressions psychologiques, physiques, d'accidents routiers, noyades, suffocations, erreurs médicales etc...

Quant aux traumatismes collectifs, ils peuvent être sous forme d'incendies dans des lieux de travail, supermarchés, stades sportifs, de guerres ou de conflits armés.

Quelles que soient leurs catégories et leurs formes, les événements traumatiques impactent souvent les individus et les groupes.

3.4.5 Le traumatisme psychique

En ce qui concerne les types de traumatismes psychiques, c'est à Lenore Terr (1991) que l'on doit la première typologie. Elle distingue deux catégories : les traumatismes de type I et de type II (Josse, 2019).

Par les traumatismes de type I, elle précise les traumatismes induits par un événement unique, limité dans le temps, avec un début et une fin claire.

Pour les traumatismes de type II, il s'agit d'un événement traumatique qui s'est répété, a été constamment présent, ou source de menace durant une longue période.

En 1999 Eldra Solomon et Kathleen Heide proposent un troisième type afin de décrire les conséquences d'événements violents, et envahissants qui ont commencé à un âge précoce et qui ont duré longtemps.

3.4.6 Le traumatisme simple et le traumatisme complexe

Judith Herman en 1997 choisit de classer les traumatismes en deux catégories ; des traumatismes simples et des traumatismes complexes. Sa définition des traumatismes simples rejoint celle de Terr des traumatismes de type I. Les événements traumatiques sont ponctuels dans la vie du sujet.

Tandis que les traumatismes complexes sont le résultat d'une soumission et d'un assujettissement à un individu ou à un groupe d'individus, la victime est souvent sous control de l'acteur de l'événement traumatique durant une longue durée.

Ces situations sont caractérisées par la répétition de violences et auxquelles la victime ne peut échapper. Ces traumatismes complexes se rapprochent des traumatismes de type II précisés par Terr et s'ils débutent à un âge précoce, aux traumatismes de type III définis par Solomon et Heide (Josse, 2019,-a).

On retrouve la situation des femmes migrantes qui subissent généralement des événements traumatiques répétés, et accompagnés de deuils. Dans cette logique, et, donc selon Herman 1992, Van der Kolk 1996, Frey 2001 on pourrait dire que cette population souffre d'un TSPT complexe.

3.4.7 Les victimes d'un événement traumatique

IL existe également différents types de victimes d'événements traumatiques, le sujet peut être la victime directe d'un événement traumatique, c'est-à-dire avoir été confronté au sentiment de mort imminente.

La victime sujet a subi personnellement l'événement traumatisant, la victimacteur souffre d'avoir facilité ou provoqué involontairement ou volontairement l'incident.

Et la victime-témoin est perturbée pour avoir assisté de manière directe ou indirecte au déroulement de l'incident frappant un tiers (Josse, 2019,-b).

Le sujet peut également être victime indirecte, c'est-à-dire qu'il va être influencé psychologiquement par une situation vécue par un tiers.

3.5 Les symptômes du stress post traumatique

Les troubles en lien avec un traumatisme impliquent l'exposition à une situation stressante ou traumatique. Selon le DSM-V il existe deux troubles liés aux traumatismes ; le trouble de stress aigu, qui dure entre 3 jours et 4 semaines après avoir vécu ou être témoin d'une expérience traumatique forte.

Le trouble de stress post-traumatique se manifeste par des souvenirs récurrents et intrusifs d'une expérience traumatique insupportable, les souvenirs durent plus d'un mois.

Le stress aigu et le stress post-traumatique sont semblables, si ce n'est que le stress aigu commence le plus souvent directement après l'exposition à l'évènement traumatisant et ne dure pas plus d'un mois, alors que les symptômes de stress post-traumatique durent plus d'un mois, soit comme continuation du stress aigu, soit comme une manifestation nouvelle qui commence jusqu'à 6 mois après l'expérience traumatique.

Il est également important de noter que selon Kessler en 1995, « plusieurs études épidémiologiques et longitudinales prouvent que 8 % de l'ensemble de la population des États-Unis souffrira un jour d'un TSPT » (Whitney, 2015) et que « Environ 40 à 60 % des sujets atteints d'un TSPT finissent par présenter des symptômes chroniques » (Whitney, 2015,-a), qui persistent plus de 6 mois, en plus des comorbidités, comme la dépression majeure, l'angoisse ou de la toxicomanie (Whitney, 2015,-b).

Le DSM a apporté quelques changements aux critères diagnostiques du trouble du stress post-traumatique. Auparavant, les troubles liés à des événements traumatiques étaient considérés comme des troubles anxieux.

Cependant, ils sont actuellement distincts, et afin d'établir un diagnostic il faudra suivre les critères diagnostique du DSM V exposés ci-dessous (Whitney, 2015,-c) :

Traumatisme – Critère A : Facteur de stress

Exposition à la mort, à des blessures graves ou à la violence sexuelle, réelle ou potentielle (une occurrence exigée) :

1. Vivre l'évènement.

2. Être témoin de l'événement.

3. Apprendre le vécu de l'événement par un proche ou un ami. S'il y a eu mort ou danger de mort, l'événement doit avoir été violent ou accidentel.

4. Être exposé de façon répétée ou extrême aux détails sordides d'événements, en général au cours d'activités professionnelles (p. ex. : interventions de première ligne, rassemblement de restes humains, exposition à des détails de violence envers les enfants). Cela ne comprend pas l'exposition non liée au travail par le truchement de médias électroniques, de la télévision, de films ou de photographies.

Critère B : Symptômes d'intrusion

Reviviscence persistante de l'événement traumatisant (une occurrence exigée) :

1. Souvenirs récurrents, involontaires et intrusifs.

2. Cauchemars traumatisants.

3. Réactions dissociatives (p. ex., souvenirs) pouvant s'inscrire sur un continuum, allant de courts épisodes de perte de conscience à des pertes de conscience entières.

4. Détresse intense ou prolongée à la suite d'une exposition à des souvenirs traumatisants.

5. Réaction physiologique prononcée à la suite d'une exposition à des stimuli liés au traumatisme.

Critère C : Évitement

Évitement volontaire persistant de stimuli pénibles liés au traumatisme à la suite de l'événement (une occurrence exigée) : 1. Pensées ou sentiments liés au traumatisme.

2. Souvenirs extérieurs liés au traumatisme (p. ex., personnes, lieux, conversations, activités, objets ou situations).

Critère D : Modifications négatives des cognitions et de l'humeur

Altérations négatives des cognitions et de l'humeur débutant ou s'aggravant à la suite de l'événement traumatisant (deux occurrences exigées) :

1. Incapacité de se souvenir d'éléments essentiels de l'événement (généralement amnésie dissociative non liée à une lésion à la tête ou à la consommation d'alcool ou de drogues).

2. Pensées et attentes négatives persistantes (et souvent déformées) à propos de soi ou du monde (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « Le monde entier est dangereux »).
3. Condamnation d'autrui ou sentiment de culpabilité déformé persistant pour avoir provoqué l'événement traumatisant ou ses conséquences.
4. Sentiments négatifs persistants liés au traumatisme (p. ex., peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres (p. ex. détachement ou séparation).
6. Sentiment d'étranglement : incapacité persistante à ressentir des sentiments positifs.

Critère E : Modifications de l'éveil et de la réactivité

Modifications du degré de vigilance et de la réactivité ayant débuté ou s'étant intensifiées à la suite de l'événement traumatisant (deux occurrences exigées) :

1. Comportement irritable ou agressif.
2. Comportement autodestructeur ou imprudent.
3. Hypervigilance.
4. Réaction exagérée en sursaut.
5. Problèmes de concentration.
6. Trouble du sommeil.

Critère F : Durée

Persistance des symptômes pendant plus d'un mois.

Critère G : Importance fonctionnelle

Importante perturbation ou déficience fonctionnelle liée aux symptômes (p. ex., sociale, professionnelle).

Critère H : Exclusion

La perturbation n'est pas causée par des médicaments, la prise de substances intoxicantes ou d'autres troubles de santé.

1. Dépersonnalisation : sentiment d'observer ce qui lui arrive ou d'être détaché de soi (p. ex., avoir l'impression que « cela ne m'arrive pas » ou de rêver le vécu).
2. Déréalisation : impression d'irréalité, de distance ou de distorsions (p. ex., « les choses ne sont pas réelles »).

Préciser si : Avec expression retardée. Le sujet ne remplit pas tout à fait les critères diagnostiques du TSPT jusqu'à au moins six mois après le traumatisme bien que des symptômes aient pu se manifester immédiatement.

3.5.1 L'apparition du trouble du stress post-traumatique

Afin de pouvoir déterminer si la personne souffre d'un TSPT, il faut être attentif aux caractéristiques du traumatisme et celles du sujet. L'exposition aux événements traumatiques est d'une prévalence élevée au sein de l'ensemble de la population mondiale.

Les types de traumatismes présentent certaines caractéristiques uniques chez les deux sexes : alors que les femmes sont souvent exposées à des traumatismes interpersonnels, tels que le viol ou l'agression sexuelle pendant l'enfance, les hommes sont souvent exposés à la violence physique et aux accidents, que ce soit directement ou à titre de témoin.

« Bien que les hommes soient plus susceptibles d'être exposés à des événements traumatisants, le risque de TSPT est plus élevé chez les femmes, même si le type de traumatisme est contrôlé.

Le TSPT est aussi plus susceptible de survenir à la suite de violence interpersonnelle, comme l'agression ou le viol, qu'à la suite de catastrophes naturelles » (Whitney, 2015,-c).

Il est important de s'informer sur les antécédents des traumatismes, car ces derniers augmentent considérablement le risque de TSPT. Il est également important de reconnaître que les croyances religieuses, l'engagement politique et le sentiment d'efficacité personnelle sont des facteurs qui offrent la protection contre le TSPT (Whitney, 2015,-d).

Mais il reste préférable de considérer que le TSPT est le résultat d'une interdépendance entre le sujet vulnérable, les facteurs de risque et un traumatisme, y compris son type, sa caractéristique et sa signification. (Whitney, 2015,-e).

Pour ce qui est des facteurs de risque, on doit considérer ceux de la période pré-traumatique, péri-traumatique, et post-traumatique. Selon McFarlane les facteurs de risque pré-traumatique qu'on retrouve le plus souvent sont le sexe féminin, les antécédents psychiatriques, la déclaration d'agression sur enfant et les antécédents psychiatriques familiaux.

Ainsi que les traumatismes non résolus qui remontent à l'enfance et qui augmentent le risque de TSPT de plus de 7 fois et seraient attribués aux symptômes d'évitement du TSPT.

Les personnes avec des compétences cognitives supérieures à la moyenne, et des liens affectifs solides présentent moins de symptômes de TPST (Whitney, 2015,-f). Quant aux facteurs de risque de la période post-traumatique, le manque de soutien social et familial est le facteur élémentaire de l'apparition d'un TSPT.

3.5.2 Neurobiologie, TSPT, et anomalies du cerveau

L'amygdale, l'hippocampe, et le cortex préfrontal sont les parties du cerveau concernées par les anomalies morphologiques et fonctionnelles. L'amygdale a un rôle principal dans le processus de mémorisation des événements affectifs. Le trouble de stress post-traumatique est derrière l'hyperactivité du cortex préfrontal et de l'amygdale, ainsi que la petite taille de l'hippocampe. Durant les situations stressantes le système nerveux s'active et secrète de l'adrénaline et de la noradrénaline.

L'activation incontrôlée du système nerveux sympathique chez les personnes souffrant du trouble de stress post-traumatique entraîne de l'hypervigilance, de l'anxiété et des souvenirs intrusifs (Whitney, 2015,-g).

3.5.3 La résilience face au traumatisme

La résilience se définit comme « la capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères » (Michel Manciaux, 2000, par la Fondation pour l'enfance, Paris).

Selon Boris Cyrulnik « La résilience est l'étude des conditions de reprise d'un développement après un traumatisme. Le traumatisme peut être flagrant (agression sexuelle, abandon, guerre), ou plus insidieux et répété, comme la précarité sociale » (Cyrulnik, B.2013).

La résilience nous permet de garder un équilibre normal dans les plus difficiles des circonstances. Certaines caractéristiques internes favorisent la résilience. A titre d'exemple : l'estime de soi, la confiance, le sentiment d'efficacité, le locus de contrôle, des liens affectifs solides, le sens de l'humour, l'optimisme, les compétences sociales, les compétences de résolution de problème et le contrôle des impulsions.

Au nombre des facteurs externes, mentionnons : la sécurité, l'appartenance religieuse, les modèles de comportement solides, le soutien émotionnel et le degré de compréhension, de compassion, d'appartenance et d'estime de soi (Ahmed, Ayesha S, 2007).

4 La prise en charge et la prévention du TSPT

4.1 Les Outils d'évaluation clinique et la prise en charge du TSPT

Il existe un grand nombre de guide d'entretien structuré et de questionnaires autoadministrés pour le trouble de stress post-traumatique. Ces outils sont utilisés par les cliniciens et les spécialistes en traumatologie.

A titre d'exemple, mentionnons PCL-5, la Post Traumatic Checklist Scale qui est un auto-questionnaire à 20 items et correspondant aux symptômes du DSM V.

Le CAPS est un questionnaire de dépistage du TSPT administré par le clinicien, il a pour but d'évaluer et informer le clinicien de l'intensité des symptômes.

L'échelle de Davidson, est un auto-questionnaire, qui mesure la gravité et la fréquence des symptômes.

L'utilisation des outils d'évaluation permet de poser un diagnostic et assurer un suivi de l'évolution et de l'efficacité de la thérapie (Whitney, 2015,-h).

4.2 La prise en charge du TSPT

La prise en charge du trouble de stress post-traumatique doit inclure des interventions psychosociales et pharmacologiques. Pour une prise en charge réussie et efficace, il faut établir une bonne relation thérapeutique pour que le sujet puisse parler de son traumatisme. Il est également important de prendre en considération la gravité du TSPT, les troubles concomitants dans la planification de la prise en charge.

Les troubles post traumatiques sont variés et ne se localisent pas au seul trouble de TSPT, ils peuvent prendre la forme d'une anxiété pathologique, d'une dépression, d'une addiction, ou de troubles de conduite (Canini, El-Hage, Garcia, 2017, consulté sur Prise en charge des troubles post-traumatiques, El-hage, 2018).

Dans la prise en charge psychologique il existe plusieurs techniques et thérapies pour les personnes ayant vécues un événement traumatique.

Durant les quelques jours après l'événement traumatique, il y'a des actions thérapeutiques qui peuvent être pratiqués auprès des victimes comme les débriefings individuels ou collectifs, les groupes de parole et les entretiens individuels.

4.2.1 Les débriefings

Le débriefing est une pratique d'origine des Etats Unies, qui est née durant la 2^{ème} guerre mondiale, c'était un moyen pour informer les pilotes militaires des difficultés auxquelles ils devaient s'attendre et les missions à accomplir, etc.

Et une fois de retour, c'est à eux d'informer l'équipe du déroulement de la mission. Au début ce débriefing était très technique, puis ils ont eu l'idée d'introduire les émotions des pilotes durant leurs missions.

C'est ainsi qu'exprimer son vécu grâce au débriefing est devenu une source de soulagement pour les pilotes.

En 1980 avec Sokol un psychiatre américain qui était chargé de constituer une équipe pour gérer le stress des militaires, le débriefing est devenu alors une pratique thérapeutique conçue afin que les victimes ne se sentent pas atteints de maladies (Lebigot, 2005).

Selon Louis Crocq la technique du débriefing de Sokol est la suivante :

« La consigne générale est d'encourager les victimes à s'exprimer le plus spontanément possible, voire de relancer ceux qui demeurent silencieux, et d'intervenir activement pour atténuer les sentiments de honte et de culpabilité. » (Crocq, 2002).

Il existe d'autres techniques de débriefing, comme celle de Mitchell, le Critical Incident Stress Debriefing qui s'est basée sur une approche cognitive très structurée.

Le débriefing nécessite généralement une seule séance et suit des étapes bien précises (l'introduction, les faits, les réflexions, les réactions, les symptômes, la phase didactique, la rentrée).

« La stratégie globale de l'équipe du CISD au cours du débriefing consiste à traiter dans un premier temps les aspects les plus faciles à aborder puis à s'engager progressivement dans des discussions plus chargées sur le plan émotionnel. Après avoir évoqué les questions délicates, le groupe est progressivement éloigné des discussions intenses pour être ramené à des discussions plus légères, jusqu'à la conclusion du débat. » (Lebigot, 2005,-a).

Ce debriefing a pour objectif « atténuer le niveau de stress dû à l'événement » et « favoriser les processus de récupération chez des sujets normaux soumis à un événement anormal » (Lebigot, 2005,-b).

Certaines études ont montré que les résultats des débriefings tels qu'ils sont pratiqués aux états unis sont décevants (Lilienfeld, 2007).

Certains auteurs estiment que l'efficacité des débriefings sur l'amélioration de l'état psychologique des personnes qui ont vécu des situations stressantes et traumatisantes n'a pas été démontré malgré la qualité des études menées, et que ce dernier pourrait même avoir un effet contraire dans certains cas (Lancet, 2002).

4.2.2 Les psychothérapies

La réussite de la psychothérapie nécessite une relation de confiance, une communication claire et transparente et un cadre fiable en opposition au cadre transgressé par le trauma.

La thérapie peut impliquer plusieurs professionnels avec des compétences complémentaires afin de conduire le patient vers une résilience assistée.

On peut proposer les psychothérapies suivantes :

- La thérapie cognitive et comportementale (TCC)
- La thérapie d'exposition prolongée (TEP)
- L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (*eye movement desensitization and reprocessing*, EMDR)
- La thérapie des processus cognitifs (TPC)

Ces thérapies ont démontré leur efficacité centrée sur le trauma (El-hage, Bilodeau, Stratégies thérapeutiques des traumas. 116^e Rapport du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, consulté sur, consulté sur Prise en charge des troubles post-traumatiques, El-hage, 2018).

4.2.3 La thérapie cognitive et comportementale

Selon Jérôme Palazzolo « Dans une TCC, l'objectif est d'apprendre, d'expliquer et de renforcer les comportements adaptés. Par ailleurs, le sujet va progressivement identifier les schémas cognitifs, les pensées et les émotions associés aux comportements. » Palazzolo, J. (2016).

La thérapie Cognitive et comportementale est une thérapie brève qui s'intéresse aux interactions entre les pensées les comportements et les émotions.

Elle cible les problèmes actuels des individus, elle a pour objectif le renforcement des comportements adaptés, ainsi que l'identification des mécanismes qui sont à l'origine des comportements inadaptés et des problématiques des patients. Cette thérapie permet au patient de sortir progressivement de sa souffrance.

Les comportements inadaptés peuvent être sous forme de rituels, de vérifications, de situations d'évitement, de stress et de pensées automatiques invalides et dysfonctionnelles.

La thérapie cognitive et comportementale est une thérapie interactive, collaborative et égalitaire. Elle permet au patient de se sentir capable, avec l'aide du thérapeute de sortir du cercle vicieux de sa souffrance. Et pour cela le thérapeute et le patient définissent ensemble la source de la souffrance, établissent un contrat avec des objectifs concrets et réalistes, et se mettent d'accord sur les techniques qui vont être utilisées.

La thérapie cognitive et comportementale suit plusieurs étapes dont l'analyse fonctionnelle. Cette étape est fondamentale à la réussite de la thérapie. Cette dernière permet d'explorer les situations qui représentent problématiques, ainsi que les comportements qui renforcent le sentiment de mal-être.

La thérapie cognitive et comportementale est considérée la plus efficace pour le TSPT. Elle permet d'apporter des modifications au niveau des croyances erronées relatives à l'événement traumatique, à la culpabilité et à la sécurité.

4.2.4 La thérapie des processus cognitifs

Cette thérapie est un traitement cognitif et comportemental qui vise essentiellement l'évènement traumatique.

Elle se focalise sur les croyances qui ont été modifiées par le traumatisme et qui alimentent le TSPT et qui bloquent la rémission. La TCP permet de rendre flexible les modes de pensées grâce à la restructuration cognitive. Cette thérapie a été validée auprès des personnes victimes de traumatismes variés et/ou multiples.

Le traitement est structuré et manualisé. Il nécessite douze séances et demande beaucoup d'engagement et d'application de la part du patient, car il est sous forme d'exercices à réaliser au quotidien.

4.2.5 La thérapie par exposition prolongée

La thérapie par exposition se révèle également d'une grande efficacité thérapeutique avec une amélioration de près de 70% des patients (Foa, 2000).

Ils sont exposés progressivement à la situation traumatisante avec un engagement émotionnel, et une incorporation des informations correctives de la vision de soi et du monde, tout en utilisant des techniques de relaxation afin de maîtriser l'anxiété ressentie. Le but de cette thérapie est de combattre l'évitement mental et comportemental, qui vient empêcher la modification du souvenir traumatique.

La thérapie par exposition est réputée d'une grande efficacité, elle est considérée comme le traitement de référence, elle combine l'exposition imaginaire et les exercices d'exposition in vivo. Toutefois elle reste peu utilisée. (El-hage, Bilodeau, Stratégies thérapeutiques des traumatismes. 116^e Rapport du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, consulté sur, consulté sur Prise en charge des troubles post-traumatiques, El-hage, 2018).

4.2.6 L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires

L'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) est une thérapie qui utilise le mouvement oculaire. Cette thérapie a été conçue par Francine Shapiro. Cette pratique thérapeutique occupe une place grandissante dans le traitement du TSPT.

Elle promet une évolution et une amélioration rapide des symptômes. Cette technique consiste à une stimulation sensorielle bi-alternée (droite-gauche), ou des sons provoquant un nouveau traitement des souvenirs.

Elle suit un modèle de traitement de huit phases (Delluci, Tarquinio, L'EMDR – Eye movement desensitization and reprocessing – au service de la thérapie systémique) :

1. Le recueil de l'histoire du patient et la planification du traitement.
2. La stabilisation et la préparation au travail sur le traumatisme.
3. L'évaluation du réseau traumatique abordé.
4. La désensibilisation de l'événement choisi.
5. L'installation d'une croyance positive à propos de soi.
6. Le scanner du corps.
7. La clôture de séance.
8. La réévaluation à la prochaine séance.

On peut aussi noter que « L'EMDR, comme la plupart des autres approches d'ailleurs, se révèle insuffisante lorsqu'elle est utilisée seule. Il est alors nécessaire d'envisager une prise en charge plus intégrative qui ne se réduit pas à l'application du protocole standard ». (El-hage, Bilodeau, Stratégies thérapeutiques des traumatismes. 116^e Rapport du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, consulté sur, consulté sur Prise en charge des troubles post-traumatiques, El-hage, 2018).

L'approche EMDR est recommandée par :

« - La Haute Autorité de Santé depuis Juin 2007, pour l'état de stress post-traumatique (ancienne dénomination du TSPT) ainsi que pour les comorbidités souvent associées (dépression, risque de suicide, dépendance vis-à-vis de drogues ou de l'alcool, etc.). Cf. Guide-Affection de longue durée : Affections psychiatriques de longue durée, Troubles anxieux graves, page 17.

- L'Organisation Mondiale de la Santé depuis 2013, cf. Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress, pages 37-39.

- Un rapport Inserm de Juin 2015 fait un état des lieux de la validation de l'efficacité de l'hypnose et de l'EMDR Evaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose. »

4.2.7 La thérapie narrative

Les événements traumatiques sont derrière les fabrications des conclusions identitaires négatives. La thérapie narrative facilite au sujet l'élaboration de nouvelles significations aux traumatismes vécus. Selon El-hage (2018) « Cela refaçonne une identité narrative en mouvement, en lien avec une sécurité relationnelle retrouvée ».

L'approche narrative va permettre aux patients ayant vécu des traumatismes complexes de se stabiliser avant de commencer le travail sur les conséquences du traumatisme dans le présent.

« Ces conséquences sont travaillées dans le champ de l'action où le trauma a été vécu, de la relation lorsque le sujet a manqué de tiers sécure, et dans le champ des intentions et des valeurs. En reliant les vécus sensoriels à des expériences intentionnelles, la mise en récit redonne au processus d'autoaffectation son rôle central, pour redonner sens aux mots dans la vie du sujet » (El-hage, Bilodeau, Stratégies thérapeutiques des traumatismes. 116^e Rapport du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, consulté sur, consulté sur Prise en charge des troubles post-traumatiques, El-hage, 2018).

4.2.8 L'hypnose

L'hypnose seule, ou accompagnée d'autres thérapies, est également recommandée pour le traitement des troubles de stress post-traumatique. Elle permet l'exposition aux souvenirs traumatiques dans un état de conscience particulier.

Selon El-hage, (2018), « C'est en utilisant la dissociation hypnotique que la dissociation pathologique peut s'apaiser et qu'un phénomène d'intégration peut s'effectuer ».

L'hypnose va permettre aux patients de revisiter l'événement traumatique, et l'enrichir de données supplémentaires. Quand le praticien dispose de suffisamment d'informations par rapport au trauma, cela permet d'élargir les angles de vue, et la façon avec laquelle on considère le trauma, ce qui permet au patient de considérer le trauma différemment. (El-hage, Bilodeau, Stratégies thérapeutiques des traumatismes. 116^e Rapport du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, consulté sur, consulté sur Prise en charge des troubles post-traumatiques, El-hage, 2018).

« L'hypnose permet la reconnaissance de la souffrance du patient, l'acceptation du statut de victime, la diminution de la culpabilité, et la mise en place d'aménagement avec la possibilité pour la personne de se projeter dans le futur » (L'Etat de stress post-traumatique : diagnostic, prise en charge et réflexions sur les facteurs prédictif, Sabine Morgan).

L'hypnose est utile lorsque le patient utilise la dissociation comme mécanisme de défense.

Elle reste déconseillée dans les cas de viol ou lorsque la victime a entamé une procédure judiciaire car il y aura toujours des souvenirs de l'événement traumatique qui reviennent.

4.2.9 La psychopédagogie curative

La psychopédagogie est une intervention précoce qui peut être utilisée auprès des victimes et leurs familles après un événement traumatique. Elle part du postulat qu'un patient qui a les informations nécessaires par rapport à sa maladie, va assurer une meilleure gestion de cette dernière, et va privilégier la prise en charge. Il est important d'informer ces personnes des symptômes cognitifs, comportementaux et affectifs du TSPT, ainsi que les changements qui peuvent arriver au niveau des croyances par rapport à la vision du monde à ce titre d'exemple.

Accompagner l'itinéraire de la personne va lui permettre d'acquérir des techniques d'auto-analyse, de mieux comprendre ce qui lui arrive, de prendre conscience de la nécessité d'un suivi psychologique, faciliter la prise de décision, et l'emmener vers une autonomisation.

La psychopédagogie curative suit 3 champs d'intervention :

- **La dimension psychologique** : à travers la compréhension des fondements psychiques, elle assiste l'atténuation des symptômes et assure la restructuration de la personnalité.
- **La dimension pédagogique** : Elle vise la maximisation des ressources internes de la personne, et l'apprentissage à travers des interventions pédagogiques. Grâce à cette dimension la personne peut mieux se découvrir et se comprendre, ce qui facilite la prise de conscience de ses aspirations profondes, ainsi que l'engagement dans une dynamique de changement.
- **La dimension curative** : C'est la phase visible de la transformation qui vient après la prise de conscience et la réduction des discordances entre la personne et son environnement.

Dans ce cadre la psychopédagogie s'appuie sur :

« Une approche systémique basée sur la conception d'un homme total dans le sens où, la problématique dont souffre la personne est toujours considérée comme multifactorielle et demande à être entrevue depuis une vision holistique. C'est pour cette raison qu'un psychopédagogue s'inscrit dans une équipe pluridisciplinaire » (Bouchet, 2015, Accompagnement en psychopédagogie perceptive et estime de soi).

4.3 La prévention du trouble de stress post-traumatique

Il existe plusieurs formes d'interventions pour organiser le processus de préventions tels que ; les débriefings psychologiques, le soutien social et le counseling sur le lieu de la catastrophe.

4.3.1 Le soutien social

En raison de sa contribution à la santé physique et psychologique, le soutien social a fait couler beaucoup d'encre chez les auteurs qui s'intéressent aux sciences de la santé.

Cet intérêt résulte des bienfaits que le soutien social semble apporter. Ce concept a suscité l'intérêt de plusieurs disciplines dont la psychologie (Chouinard, M. (2012).

Selon le stress buffering model, le soutien social est considéré comme un moyen efficace de protection contre les effets du stress (Cutrona et Russell, 1990 ; Cohen et Wills, 1985 ; Cobb, 1976). Ce modèle permet de constater les bienfaits du soutien social sur la santé des individus spécialement dans les situations stressantes. Ce dernier pourrait contribuer au bien-être de trois manières différentes (Kaplan et al., 1993 ; Cohen et Wills, 1985) :

- 1- Il agirait de manière positive sur les perceptions construites par la personne sur son entourage et son environnement, et principalement sur sa capacité à affronter les conséquences des situations défavorables et stressantes ainsi que sur la croyance que les autres vont se mobiliser pour l'aider.
- 2- L'impact positif du soutien social pourrait agir sur la réaction émotionnelle face aux situations stressantes ainsi que sur la capacité de relativiser et évaluer les conséquences de celles-ci, ce qui va réduire les attitudes et comportements inadaptés.
- 3- Pourrait apporter une réaction directe sur les processus physiologiques qui vont permettre aux individus de ne pas manifester des réactions négatives face au stress (Cohen et Wills, 1985).

D'autres auteurs considèrent le soutien social comme une variable essentielle à l'adaptation, et a des effets positifs directs sur la santé mentale et physique. Il apporte également un sentiment de bien-être aux personnes, et ce dans les situations stressantes comme dans les situations normales. Ce type de soutien permettrait à la personne de se sentir stable, en sécurité et favorise les affects positifs et le sentiment de bien-être (Cassel, 1976 ; Thoits, 1985).
« Non seulement ces sentiments apporteraient du bien à la santé des individus mais seraient un facteur pour favoriser l'adoption des attitudes saines et fait naître le désir de vouloir prendre soin de soi » (Cohen et Syme, 1985).

L'étude de Boscarino et Adams (2008) s'est intéressée à l'importance du soutien social afin de protéger les victimes de l'apparition d'un TSPT. Une autre étude effectuée par Brake et al. (2009) évoque également l'importance et l'efficacité du soutien social.

Le soutien social comprend la bienveillance, l'écoute, le support moral, le soutien, le réconfort, la mobilisation de l'entourage, de la famille et des amis.

Dans l'étude de Te Brake et al. (2009) il évoque la notion du contexte favorable pour parler du soutien social, et le recommande car il semble améliorer les stratégies de coping utilisées par les victimes.

4.3.2 Le counseling sur le terrain de la catastrophe

Le counseling est un processus court dans le temps et non directif. Durant ce processus « [un patient] qui est psychologiquement en bonne santé et qui doit mettre en place des ajustements face à un problème est encouragé à prendre conscience de sa situation et à prendre des décisions à travers le soutien et l'assistance offerte par une autre personne » (Bryce, 2001, consulté sur la prise en charge infirmière du stress post-traumatique en mission humanitaire, Nathalie FALCONNIER, 2013).

Selon Boscarino et Adams (2008) le counseling est mené par des cliniciens sur les lieux de la catastrophe. Près de 60 % des personnes qui ont bénéficié du counseling témoignent que ça les a énormément aidés.

Les sessions de counseling portent sur l'éducation autour des symptômes du stress et du trauma, une initiation aux méthodes de coping, de relaxation et de gestion des émotions.

Grace à cette méthode on peut observer une réduction significative des problèmes psychologiques, d'ailleurs Te Brake et al. (2009), (consulté sur la prise en charge infirmière du stress post-traumatique en mission humanitaire, Nathalie FALCONNIER, 2013) recommande le counseling comme action préventive.

Méthodologie de la recherche

La méthodologie fait partie de la recherche scientifique. Elle permet aux chercheurs de fournir des hypothèses, décrire et explorer des phénomènes. Elle permet également l'apport de solutions et de recommandations.

Choix du thème et de la problématique

Le mouvement des populations a toujours accompagné l'histoire de l'humanité. Aujourd'hui encore, beaucoup de personnes se déplacent pour fuir la guerre, les conflits armés, les persécutions, ou bien les violations de droits humains, etc.

Tout au long de ce mouvement, la violence apparaît comme une des caractéristiques que vivent les personnes durant leurs déplacements. Les violences sexuelles viennent s'ajouter à celles vécues dans les pays d'origine.

Citées précédemment, plusieurs études ont prouvé que beaucoup de femmes étaient victimes de plusieurs épisodes de violences sexuelles pendant le processus migratoire. Ainsi durant mon stage au HCR, j'ai été en contact direct avec plusieurs réfugiées et demanderesse d'asile. Elles m'ont fait part de ces épisodes de violences sexuelles et tout le mal-être que cela engendre. Les symptômes décrits par ces personnes font écho à ceux du TSPT.

Pour mieux apprécier les interactions, les interdépendances, j'ai orienté mon travail pour répondre à la problématique suivante :

Comment le parcours migratoire des MSS jalonné de violences sexuelles participe à faire émerger des symptômes de TSPT ?

Question de la recherche et hypothèses

La revue de la littérature faite dans la partie théorique, ainsi que mes propres expériences et réflexions m'ont conduit à formuler quelques interrogations :

- Quels sont les types de violences rencontrés durant le parcours migratoire ?
- Quels sont les troubles psychiques les plus répandus chez la population migrante ?
- Quel est l'impact psychologique des violences sexuelles vécues par les migrantes subsahariennes ?

- Est-ce que les violences vécues durant l'expérience migratoire sont derrière l'apparition des troubles psychiques chez la population migrante ?

Ces 4 interrogations ont participé à construire 2 hypothèses majeures pour conduire ce travail :

H1- Les violences sexuelles subies par les migrantes subsahariennes durant le parcours migratoire sont en amont de l'apparition du TSPT.

Puis à travers mes lectures et documentation sur les différentes pratiques thérapeutiques et prises en charge de TSPT j'ai formulé cette seconde hypothèse :

H2 2- La prise en charge précoce et la psychoéducation auprès des nouvelles migrantes seraient des moyens de prévention efficaces et facilitateurs de la prise en charge psychologique du TSPT.

Utilité et but de la recherche

Le but principal de cette étude serait de prêter une attention particulière à la souffrance des migrantes subsahariennes qui ont vécu des violences sexuelles durant l'expérience migratoire. L'utilité de ce travail réside dans l'évaluation de leur impact sur la santé mentale.

Ainsi, cette étude va me permettre de confirmer ou infirmer l'existence d'une articulation entre les violences sexuelles subies durant l'expérience migratoire et l'apparition des symptômes du TSPT.

A la suite de l'exploration de ces hypothèses, je pourrai poursuivre mon cheminement par l'expression de nouvelles hypothèses de recherche, et de recommandations.

Une valeur ajoutée peut s'inscrire dans ma démarche notamment par la traduction du PCL-5 et ce dans l'objectif de l'utiliser avec une population migrante arabophone.

Type de la recherche

L'étude que j'ai menée est qualitative, de type descriptif et exploratoire. Ce type de recherche permet essentiellement de comprendre le thème traité, d'articuler les faits qui se manifestent en une image cohérente, en même temps que d'identifier des problèmes ou des situations complexes afin de développer des hypothèses et conduire une étude.

Définition de la population concernée

Les femmes migrantes, ce terme n'a aucune signification juridique ou bien sociologique, il regroupe plusieurs notions dont : réfugiées, demanderesse d'asile, migrantes économiques. Dans le cadre de ce travail, je vais opter pour une définition opérationnelle au terme de migrante, il s'agit d'une personne qui n'est pas née au Maroc, et qui est venue s'y installer.

Je mènerai un entretien avec une migrante de provenance de l'Afrique subsaharienne.

C'est la population ainsi définie qui fait l'objet de ce mémoire et dont je fais l'hypothèse qu'elle est susceptible de présenter des symptômes de stress post-traumatique après une expérience migratoire difficile et garnie de violences sexuelles.

Durant ce travail certaines indications concernant la personne interviewée sont modifiées pour que l'anonymat soit garanti. J'ai également précisé que ces données resteront confidentielles, et que son identité ne sera pas dévoilée.

Les Outils utilisés

- L'entretien semi-directif
- Le PCL-5
- L'étude de cas

Le choix de l'entretien semi-directif

Cette partie pratique du mémoire a été réalisée entre Mars et Mai 2020, a consisté en un entretien semi-directif d'une durée de 3h.

L'entretien semi-directif est une méthode qui porte une certaine densité dans l'exercice (durée de l'entretien et la retranscription de l'entretien). Toutefois, on peut noter la richesse qu'elle comporte pour une étude telle que la mienne.

L'entretien semi-directif permet aux personnes interviewées de parler avec aisance de leurs vécu subjectif, de leurs histoires, de leurs corps et ressentis.

De manière globale, lorsque les conditions sont organisées et rassurantes, les migrants, ne se sentent pas dans une situation d'évalués, contrôlés ou interrogés.

Durant cet entretien semi-directif je me suis concentrée sur la biographie de la MSS, sur son histoire migratoire depuis son pays d'origine à la période actuelle. L'objectif est de restituer les événements marquants de son expérience migratoire, les difficultés rencontrées et le type de violences qu'elle a subi ou dont elle été témoin.

Les conditions de l'entretien semi-directif

L'entretien s'est déroulé dans de bonnes conditions. Je me suis chargée de contacter la MSS par téléphone.

Le contexte actuel marqué par le confinement lié à la pandémie du Covid-19 ne m'a pas permis de me déplacer.

J'ai été mise en contact avec une MSS grâce à la Fondation Orient Occident à Rabat. La MSS est francophone et a accepté l'enregistrement de l'entretien. Ce dernier a été préparé, conduit, retranscrit, et analysé.

Choix du PCL 5

C'est instrument auto-administré, sous forme de questionnaire, que la migrante peut remplir par elle-même. Il présente plusieurs avantages vu la situation actuelle : Il est rapide, facile à utiliser, et ne nécessite pas la présence d'un psychologue. Cet instrument permet de faire un diagnostic provisoire du TSPT, et de surveiller le changement des symptômes pendant et après la prise en charge.

Le PCL 5 est une auto-évaluation qui contient 20 items suivant les critères diagnostique du DSM V. Les items sont cotés sur une échelle à 5 points allant de pas du tout à extrêmement. Le score maximum est de 80. Un seuil de 38 permet de faire le dépistage du TSPT.

Choix de l'étude de cas

L'étude de cas est une méthode utilisée dans les études qualitatives dans les sciences humaines et sociales. Elle nous permet de nous consacrer à un cas en particulier. Elle a pour objectif de procéder à une étude approfondie d'un cas spécifié.

L'étude de cas est flexible, elle nous permet de partir du général au spécifique et de mettre l'accent sur des points particuliers.

Elle est également utilisée pour se spécialiser dans la mise en lumière de données profondes ou des descriptions épaisses concernant un sujet ou un petit groupe de sujets.

Nourrie de mes connaissances cliniques, le choix de cette méthode me permet d'étudier en profondeur le cas de la migrante subsaharienne, de conjuguer les données de ma documentation, avec mes connaissances cliniques afin d'appréhender son cas à travers ses souffrances et son histoire de vie.

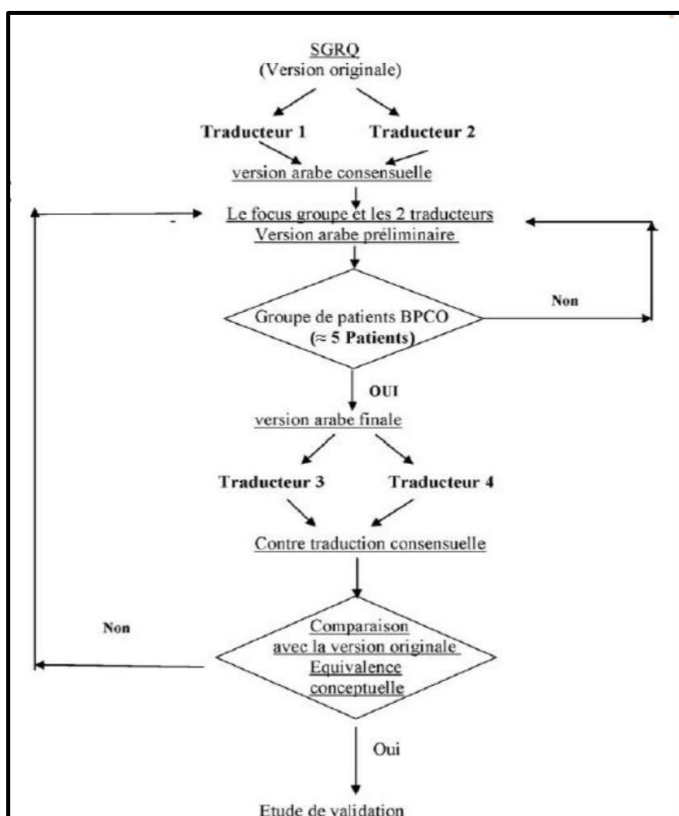
Protocole de l'étude

Le protocole de l'étude que je vais utiliser pour le cas de la MSS va suivre l'enchaînement suivant :

- 1- L'entretien semi directif
- 2- La passation du PCL 5
- 3- L'étude de cas

Technique de traduction

LANGUE DIFFÉRENTE : PROCESSUS DE TRADUCTION, TRADUCTION VERS L'AVANT ET VERS L'ARRIÈRE (BACK TRANSLATION) (COMMISSION INTERNATIONAL TEST (ITC), 2000)



Traduction d'instruments construits dans d'autres langues (voir : Hambleton, 1996 ; Hambleton et Jong, 2003 ; Muñiz et Hambleton, 1996, 2000)

Résultats et Analyse

Verbatim de l'entretien semi-directif

Bonjour Marie ! Ça va ?

Oui ça va et vous ?

Je vais bien merci, alors comme je t'ai dit auparavant je vais te poser quelques questions par rapport à ton expérience migratoire, ce qui a motivé ton départ, les difficultés rencontrées, ainsi de suite. On peut commencer ?

Oui oui, bien sur

Alors déjà tu as quel âge Marie ?

J'ai 27 ans, en Mars j'ai eu 27 ans.

Et tu es au Maroc depuis combien de temps ?

Depuis 2016 il me semble, j'ai quitté le pays entre fin septembre et octobre 2016

Et tu es de quelle nationalité ?

Je viens du Cameroun, je suis Camerounaise

Pourquoi tu as quitté ton pays ?

Je ne sais pas si tu vas comprendre ... (silence) je suis lesbienne

Je comprends.

Mon grand frère allait me tuer, il l'avait su, lui et mon père

Comment il l'a su ?

Un soir, très tard le soir, ma petite amie m'a déposée devant mon chez moi, et ... (silence)

Si tu n'arrives pas à en parler ne te forces pas, je comprends.

Non c'est uniquement ... je ne sais pas si tu acceptes les gens comme nous.

Je te comprends parfaitement, saches que je ne suis pas là pour te juger, je suis là pour t'écouter.

D'accord, je te dis tout

Donc avec ma petite amie, on s'est embrassées, mais il faisait noir dans la caisse, peu de gens passent. Je pense le voisin il nous a vu, et un soir il a rencontré mon papa au bar, et il lui a dit. Mon papa en a parlé à mon grand frère. Et un soir je n'étais pas à la maison, mon grand frère il m'appelle, il me dit tu rentres maintenant, j'ai cru que ma maman était malade, ou c'est parce qu'il en a marre de mes sorties nocturnes. Quand je suis rentrée, mes deux frères et ma petite sœur, mon papa, ma maman, tout le monde était la maison, je n'ai rien compris.

Tu as demandé à ton frère pourquoi il t'a appelé ?

Non, je me suis dit c'est juste par rapport aux sorties, et puis après il me demande mon téléphone pour passer un coup de fil, je n'ai rien soupçonné, il a fouillé mon téléphone, il a lu les messages avec ma petite amie, les photos, tout, tout... et mon père m'a dit que le monsieur ... le voisin, il lui a tout dit.

Quelle était la réaction de ta famille ?

Mon père m'a dit est ce que tu es gay ? J'ai dit que non (elle rigole) c'est clair que c'est des mensonges. Ils m'ont donné des coups, il voulait m'emmener à l'église, ils pensent que je suis possédée. Le soir même j'ai rangé mes affaires et je suis sortie en cachette pour aller à l'appart de ma petite amie. Je lui ai tout dit.

Et tu es restée longtemps chez ta petite amie ?

Elle ne pouvait pas me garder longtemps, tout se sait, ils allaient nous tuer toutes les deux. Le lendemain j'ai appelé un ami au Mali, il m'a dit de venir chez lui, de fuir le pays, mais je n'avais pas d'argent.

Et tu as fait comment ?

J'ai demandé de l'argent à ma petite amie, elle est ingénieure, elle a vendu son ordinateur, et elle avait un peu d'argent de côté

Et tu connaissais la procédure, par laquelle passer, ou aller ? pour fuir ?

Je savais juste que je devais partir au Mali

Et tu as fait comment ?

Je suis allée au Limbé, c'est au sud-ouest du Cameroun, j'ai pris un bateau, j'ai payé les pêcheurs, ils ont contourné la douane

Et après ?

Je suis arrivée au Nigeria, à Calabar, j'ai pris un motel, et le lendemain je suis allée à une agence de voyage pour aller acheter un billet pour aller au Mali, mais ils ont demandé si j'avais un passeport et un visa, quand j'ai dit que non, à l'agence le papa m'a proposé d'aller au marché pas loin de l'agence, et d'aller négocier avec les gens qui partent vers Lagos s'ils peuvent m'emmener. Donc je suis partie en voiture, on était une trentaine dans une voiture, le trajet a duré 12h environ, je ne sentais plus mes jambes, et les hommes me touchaient les seins.

Tu étais la seule fille ?

Non, on était 3 je pense. Tu sais j'ai compris que quand une fille décide de faire ce voyage elle doit vraiment mettre sa dignité de côté, parce que tous les trucs qu'elle va vivre ... c'est beaucoup

Et après Lagos tu es allée où ?

Au Bénin. Au Bénin il n'y a plus de surveillance. On a pris un bus puis des motos pour nous faire rentrer au Bénin, c'est le travail des passeurs.

Tu es restée combien de temps au Bénin ?

Deux semaines je pense, je ne sais plus

Et après, tu devais aller au Mali ?

Oui mais j'ai rencontré des Camerounaises qui m'ont dit qu'au Mali c'est de la merde, et que je pouvais partir avec elles au Niger puis aller en Lybie et traverser vers l'Italie. Mais j'ai eu peur avec tous les événements en Lybie à l'époque, les pirates qui tuent les gens et tout.

D'accord, et jusqu'ici tu avais toujours assez d'argent ?

Non, j'ai appelé ma petite amie, elle m'a dit d'attendre la fin de la semaine pour me dépanner

Et tu habitais ou entre temps ?

Dans une gare de bus avec les camerounais

Et une fois que t'as eu l'argent, ça s'est passé comment ?

J'ai négocié avec un passeur qui m'a emmené en bus jusqu'au Niger, il m'a déposé dans une ville, j'ai oublié le nom ...

Il m'a dit qu'à 4h30 ou 5h du matin, des bus vont arriver ici même pour me prendre. Le matin arrivé, les bus sont là, je cherche le monsieur. A ma grande surprise il me demande de payer, mais moi j'ai tout payé avant, je lui ai dit que je n'avais pas d'argent, il m'a fouillé, il a pris tout mon argent et il a abusé de moi

Il a abusé de toi c'est-à-dire ?

Le sexe (elle rigole)

Vous étiez seuls ?

Non les autres chauffeurs, étaient là

Personne ne t'a aidé ?

Personne (elle rigole)

Et finalement tu as pris ce bus ?

Oui, ils nous ont emmené jusqu'à la frontière. Et dans ce bus j'ai appris que les gens enroulent l'argent le mettent dans un sac en plastique et l'enfoncent dans le cul, comme ça quand on ne les vole pas, d'ailleurs c'est ce que j'ai fait quand je suis arrivée en Algérie.

A la frontière vous avez fait comment ?

Les gens de la douane ont appelé les passeurs comme ils ne peuvent pas nous laisser rentrer

Et tu avais de quoi payer le passeur ?

Non

Et tu as fait comment ?

Le sexe. (Elle rigole)

D'accord.

J'étais forcée, je n'avais pas le choix, j'étais dégoutée

Je comprends parfaitement

Pour rentrer en Algérie on a pris un bus, femmes hommes enfants séparés, chacun son bus

Il y'avait des enfants avec vous ?

Je ne sais pas si on peut toujours dire que c'est des enfants. Après ce qu'ils ont vu et vécu ...
Quand on migre on devient automatiquement adulte.

Vous vous êtes arrêtés dans quelle ville ?

Maghniyya. On a traversé le désert à pied, on a marché au moins 4h, et en même temps on se cachait, pour ne pas être surpris par la police algérienne. Après on a rencontré un guide qui avait une boussole, il nous a pris vers des voitures qui nous ont emmené à Alger.

A Alger, j'avais besoin d'argent pour payer le passeur, le guide qui nous avait aidé était Malien, il m'a donné le contact d'une Camerounaise qui pouvait m'aider. Je suis allée la voir, c'était une vendeuse de joie, et son mari était passeur, et en même temps, ils avaient une maison avec des filles de l'alcool, de la drogue. C'était le maquis des camerounais à Alger.

Et tu as trouvé un travail ?

La dame m'a proposé de voir des hommes, mais j'avais peur du sida, j'ai refusé, elle a compris. J'ai travaillé serveuse, et je vendais les cigarettes. Mais dans ce genre d'endroits les hommes ne te laissent jamais tranquille.

Tu es restée combien de temps ?

Deux semaines, un mois, je ne sais plus.

D'accord

C'était horrible au maquis, je voulais tellement m'en aller, une fois une femme camerounaise est venue avec son mari et son bébé, ils cherchaient le passeur, et comme ils n'avaient pas assez d'argent, le passeur a proposé au mari de laisser sa femme coucher avec un homme qui la désirait en contrepartie de l'argent qui manque, cette scène m'a choquée. Parce que non seulement les filles qui voyagent seules sont agressées même quand tu es avec ton mari il ne te défend pas pour survivre.

Qu'est ce qui te faisait peur d'autre ?

Imagines tu fais le voyage avec des gens que tu ne connais pas, qui n'ont pas touché une femme depuis des mois, tu dois tout le temps faire attention à toi, même quand tu dors, un œil dort, l'autre surveille.

L'argent t'avais suffi pour payer le passeur ?

J'ai travaillé chez la dame, et ma petite amie m'a envoyé de l'argent aussi.

D'accord, et tu es passée au Maroc par quelle ville ?

On est revenus à Maghniyya, on a marché jusqu'aux frontières, on a traversé la forêt dans le noir.

Le guide qui était avec nous voulait prendre mon téléphone, je n'ai pas voulu, c'était tout ce qui me restait, à ce moment-là je n'avais même plus de chaussures, j'avais marché pieds nus dans la forêt.

Bon, quand il a voulu me prendre le téléphone j'ai couru, dans le noir très vite, je ne savais plus par où aller, ni la direction, rien rien rien

Tu as passé la nuit dans la forêt ?

Mais non, il y avait des chiens, j'ai couru jusqu'à trouver une route avec des voitures, je me suis cachée derrière les buissons, mais une voiture est passée, et ils m'ont vu. Dieu m'est témoin j'ai eu peur pour ma vie. Ils sont venus, deux papas assez âgés, ils m'ont fouillé, j'avais peur mais ils n'avaient pas de mauvaises intentions, ils voulaient juste savoir d'où je venais. Moi tout ce que je disais c'est Oujda, Oujda, Oujda ... Ils m'ont montré la direction et m'ont dit de me cacher si jamais je vois des voitures. J'ai marché jusqu'à Oujda, je demandais la gare de Oujda, je devais prendre un bus.

Tu es partie le jour même ?

Le jour même oui, je cherchais la gare et j'ai rencontré un papa marocain qui parlait un peu français, il me disait « la gare pas ouvrir maintenant, la gare 5h » j'avais compris que je devais attendre 5h pour aller à la gare. Le vieux papa a vu que je n'avais pas de chaussures, il est rentré dans sa maison, il m'avait ramené des habits, et des chaussures, il avait une fille aussi qui était à la fac. Il m'a donné des cartons pour dormir.

Après tu as pris le bus pour quelle ville ?

Rabat, au début je voulais partir à l'OIM, les camerounais m'ont dit l'OIM à Rabat

Une fois arrivée à Rabat, tu as pris contact avec quelqu'un ? ou est-ce que tu dormais ?

J'ai dormi à Kamra, pas loin de la gare, dans les terrains à côté, avec les autres subsahariens.

Et tu es finalement partie à l'OIM ?

Non, je suis allée à Caritas, mais la première fois le monsieur à l'accueil quand je lui ai raconté mon histoire, il m'a dit la communauté LGBT n'est pas une priorité chez eux.

Ils ne peuvent pas me donner de logement, je dois aller voir le HCR, ils peuvent uniquement me prendre rdv avec la psychologue. Il est homophobe je pense (elle rigole).

Et tu avais vu la psy de Caritas finalement ?

Oui après 3 semaines je pense, quand je lui ai raconté, elle m'a dit que tout le monde était une priorité, elle a appelé un autre gars, ils m'ont donné l'assistance financière de 300 dhs, à ce moment-là j'étais partie à Takadoum avec des filles que j'ai connues à Kamra

Vous aviez loué un endroit ensemble ?

Ah non non, on dormait dans la rue comme pas mal de black à Takadoum

A part les 300 dhs, et tes rencontres avec la psy, on t'a assistée comment à Caritas ?

Ah non la psy je l'ai vu au début, après j'avais plus besoin d'un toit et de quoi manger. Ils m'ont donné de l'argent pour louer dans un dépôt, ils ont proposé de m'aider pour revenir à la fac ici au Maroc, mais je n'avais pas envie, en plus de ça, moi en quittant mon chez moi, j'ai pris mon passeport et un petit sac, je n'avais ni diplôme ni rien du tout. Et je n'étais plus en contact avec ma famille. Aaaaah oui, d'ailleurs l'une des choses qui m'ont fait mal en Algérie, un jour j'ai décidé d'appeler ma maman car elle était malade, elle a des problèmes cardiovasculaires, et j'avais peur pour elle. Quand j'ai appelé, elle m'a demandé si j'étais gay, quand j'ai dit oui, elle m'a dit de ne plus appeler et d'oublier que j'ai une famille, et que j'étais morte pour elle.

C'est normal que ça te fasse mal, je comprends.

Oui

Et depuis tu n'as plus jamais repris contact avec ta famille ?

Avec ma sœur, en 2017 j'ai fait le programme de Dafi au HCR, c'est elle qui m'a envoyé mes diplômes

Donc finalement tu es partie au HCR ?

Oui, pour remplir le formulaire du demandeur

C'était quand, après Caritas ?

Oui, je suis arrivée au Maroc en décembre je crois. En Janvier j'ai rempli le formulaire du demandeur

Et on t'a reconnu autant que réfugiée ?

Oui en Avril je pense

Donc maintenant tu as une carte de séjour ?

Oui

D'accord, et tu bénéficies de l'assistance ?

Avant oui, maintenant non

Donc grâce au programme Dafi tu as finis tes études ?

Oui, technicienne génie mécanique

C'est ce que tu faisais avant au Cameroun ?

Non avant c'était en ingénierie, géologie, mine et pétrole, j'étais en 3^{ème} année.

D'accord

Au Maroc tu es restée en contact avec des personnes de ta communauté ?

Non, j'ai rompu contact avec tout le monde, j'avais peur qu'on me retrouve, qu'on envoie quelqu'un pour me tuer

D'accord. Si c'était à refaire Marie, tu allais prendre le chemin seule encore une fois ?

Mais je n'ai pas fini de te raconter l'histoire, les malheurs ne finissent pas ici.

En fait en stage dans une société X, j'ai connu une fille, elle est black aussi, c'est la fille de quelqu'un d'important, on a eu une aventure, elle prenait soin de moi, quand j'ai eu besoin d'argent elle m'aidait, pendant toute cette période j'ai fait des économies d'argent grâce à elle, le jour où je lui avais dit que j'étais amoureuse d'elle, elle m'a quitté car elle ne voulait pas s'assumer, la société Marocaine est commère, elle voulait finir sa vie comme son père le voulait, donc elle m'a quitté. Je ne voulais plus rester au Maroc, j'ai donc fait encore plus d'économies, je devais partir dans un pays où je pourrais enfin vivre comme les autres, ne pas me cacher, m'assumer ... tu vois ce que je veux dire ?

Oui totalement

Donc je suis allée à Tanger pour être mise en contact avec un passeur afin de négocier, je suis restée 3 jours à Tanger, ils m'ont demandé de laisser l'argent chez un garant qui va le donner au passeur une fois que j'arrive en Espagne, mais ce plan n'a jamais marché

Que s'est-il passé ?

A Tanger l'Ivoirien a qui j'ai fait confiance m'a tabassée, il m'a violée, et il a pris mon argent

Tu as porté plainte ?

Non, je ne suis pas allée voir le médecin du HCR, on va me demander pour les détails

D'accord, et tu étais gravement blessée ?

J'avais des blessures partout, j'avais mal partout, une sœur m'a aidé et je suis rentrée à Rabat

Ça fait combien de temps maintenant ?

Je ne sais plus, moi j'ai arrêté de compter

Et pourquoi tu ne bénéficies plus de l'AF du HCR et la FOO ?

Parce que je n'arrive plus aller au HCR pour réclamer l'AF, je n'ai plus d'énergie pour ça, je suis vidée, les mauvaises choses n'arrivent qu'à moi. Qu'ai-je fait au bon Dieu ?

Tu n'as pas essayé de revoir la psy ?

Non

Pourquoi ?

Parce que j'ai honte de lui dire. En plus de ça ils reçoivent beaucoup de gens de la communauté, j'ai peur qu'elle me balance

Qu'est ce qui te fais dire ça ?

Je ne sais pas, je prends mes précautions

Les psychologues sont tenus par le secret, ils ne racontent pas la vie de leurs patients aux autres.

Je vais y penser.

Tu qualifierais comment ton expérience migratoire ?

Comme je t'ai dit j'aurai préféré mourir que de vivre ce que j'ai vécu, je ne suis plus la même personne, ça m'a démolie, j'ai honte de moi, j'ai même essayé de couper mes veines...

Vous avez essayé de couper vos veines ?

Oui après Tanger, je n'en pouvais plus. Je n'en peux plus, c'est toujours le cas, mets-toi à ma place, quand j'essaie enfin de vivre, non seulement on me quitte, mais quelques jours après une personne à qui j'ai fait confiance me viole ...

Je ne suis pas attirée par les hommes, c'est plus pénible pour moi, ça me hante depuis Janvier, je ne dors plus, je ne mange plus, je ne vis plus. Bientôt je n'aurais même plus d'argent pour payer le loyer et la bailleresse va sûrement me mettre dehors.

Tu peux toujours contacter le HCR pour obtenir l'AF, non ?

Je vais essayer

Merci Marie d'avoir répondu à mes questions.

Merci à vous, ça fait du bien de parler.

Fin de l'entretien semi-directif.

Synthèse de l'entretien semi-directif

Thèmes abordés	Réponses
Caractéristiques socio démographiques	27 ans, Camerounaise, elle est au Maroc depuis Janvier 2017. Elle vit actuellement à Rabat.
Niveau scolaire / universitaire	Deug en ingénierie au Cameroun. BTS génie mécanique au Maroc
Motivations du départ	Son orientation sexuelle
Durée du parcours migratoire	Entre Septembre/Octobre 2016 à Janvier 2017.
Pays traversés	Cameroun, Nigéria, Bénin, Niger, Algérie, Maroc.
Difficultés rencontrées	Arnaques, violences, problèmes financiers
Types de violences rencontrées	Violences physiques et sexuelles
A quel moment du parcours elle a subi les violences sexuelles ?	Durant le parcours migratoire et même une fois arrivée au territoire Marocain.
Est-ce qu'elle est toujours en contact avec sa famille ?	Sa sœur uniquement
Est-ce qu'elle a fait des connaissances au Maroc ?	Oui, mais elle reste loin de la communauté camerounaise, par peur d'être persécutée pour ses choix.

Est-ce que le Maroc était son premier choix ?	Elle voulait s'installer au Mali Puis elle a décidé de passer par la Lybie pour aller en Italie Par la suite elle a décidé de venir au Maroc.
Est-ce qu'elle avait l'intention de s'installer au Maroc ?	Oui

Durant l'entretien semi directif, j'ai remarqué qu'il y'avait un événement qui a marqué Marie plus que les autres, et qui a influencé sa perception du monde et d'elle-même. J'ai également noté qu'elle a adopté des comportements d'évitement et qu'elle a essayé de se suicider.

Marie a accepté de répondre au PCL-5.

Passation du PCL-5

J'ai envoyé le PCL-5 à Marie via l'application WhatsApp. Je lui ai demandé de lire les questions et me dire si elles sont claires et qu'elle n'a eu aucune difficulté à les lire et à en comprendre le sens. J'ai également demandé à Marie d'indiquer un événement qu'elle qualifie de traumatique avant de répondre aux questions.

Elle a répondu aux questions en moins de dix minutes et m'a envoyé sa réponse.

Interprétation des résultats du PCL-5

Il existe plusieurs méthodes pour coter le PCL-5, dont faire la somme des 20 réponses pour obtenir un score. Regrouper la somme des items qui évaluent chacun des critères diagnostiques du TSPT dans le DSM V. Le PCL-5 n'évalue pas les critères A.

- Le score obtenu après l'addition des 20 réponses est de 67/80
- Le score obtenu pour évaluer la sévérité des différents critères du DSM V est le suivant :
 - Critères B (de 1 à 5) : un score de : 15
 - Critères C (6 et 7) : un score de : 8

- Critères D (de 8 à 14) : un score de : 23
- Critères E (de 15 à 20) : un score de : 21

Le stress post-traumatique se caractérise par l'apparition de symptômes spécifiques, suite à un ou des événements traumatiques. En répondant à ce questionnaire Marie faisait référence à la violence sexuelle qu'elle a subie de la part du passeur Ivoirien qu'elle rencontré à Tanger. Cet événement a eu lieu en Janvier 2020, et Marie a répondu au questionnaire en Avril 2020. Le score de 67/80 prouve que Marie présente des symptômes de TSPT qui persistent depuis au plus d'un mois.

L'Etude de cas

Introduction du cas

Mon choix pour une étude de cas s'est vite posé sur Marie après notre entretien semi-directif, qui avait pour but collecter les informations relatives à son expérience migratoire. La raison revient aux violences sexuelles que Marie a subies durant son parcours migratoire, sa tentative de suicide, et ses comportements d'évitement.

Les situations stressantes et dangereuses existent pour chacun et viennent parfois perturber une qualité de vie. Durant cette situation, la personne peut présenter des symptômes tels que l'anxiété, et une peur intense. La peur est une réaction physique, c'est le mécanisme de défense qui assure la survie. Face à une situation stressante, ces symptômes sont des réactions normales, qui disparaissent dans les heures/jours qui suivent.

Cependant, chez les personnes qui souffrent d'un TSPT, ces symptômes ne disparaissent pas, ou ne disparaissent pas complètement

Anamnèse

Cette étude de cas concerne Marie, 27 ans, réfugiée au Maroc depuis Avril 2017. Elle a quitté son pays, le Cameroun, en Octobre 2016 à cause de son orientation sexuelle. Elle a 2 frères aînés et une petite sœur et elle a toujours vécu chez ses parents.

Marie était inscrite à la fac et suivait une formation en ingénierie. Elle a décidé de fuir son pays parce que sa famille était au courant de son orientation sexuelle et de sa relation avec une jeune fille.

Marie est née à Douala de parents camerounais. Elle a eu une enfance ordinaire et joyeuse, elle l'a décrit « *j'étais joyeuse, je me sentais aimée et chouchoutée par mes grands frères et mes parents* ». Elle a toujours été accompagnée de ses frères, elle jouait avec eux au foot et s'habillait comme eux.

Une fois arrivée au lycée, elle se sentait différente et a voulu ressembler aux autres filles, elle décrit cette phase comme « *révélatrice, qui a déterminé qui j'étais réellement* ». Elle précise que quand elle essayait de faire comme les autres filles elle se sentait divisée, confuse, elle n'avait plus d'identité. Son cheminement s'est poursuivi et ses interrogations continuaient.

Elle a décidé par la suite de faire des recherches et comprendre pourquoi elle n'était pas attirée par les garçons, pourquoi elle était attirée par une fille qui notamment prenait le même bus scolaire qu'elle.

Elle a mis un mot sur son choix d'attirance et d'amour : elle est lesbienne. Elle l'a accepté avec difficulté. Son témoignage illustre si bien son ressenti : « *j'étais soulagée de comprendre, mais j'avais peur de tomber dans l'erreur, Dieu m'est témoin, j'ai tout essayé, mais je ne pouvais pas changer qui j'étais* ».

Après son bac Marie a intégré la fac d'ingénierie, ses parents lui montraient leur fierté. Son autonomie a grandi, elle sortait plus souvent le soir. C'est lors de ces soirées qu'elle a rencontré celle qui allait devenir sa petite amie. Elle était plus âgée et a déjà eu des relations avec d'autres filles.

Marie précise qu'elle a trouvé au départ cette personne « *gracieuse et courageuse, elle m'a facilement séduite* ».

Avec sa petite amie, Marie a mené une double vie. Cette expérience lui a permis d'être soi-même, libre, ... Sa petite amie s'occupait très bien d'elle.

Marie vivait une belle aventure jusqu'au jour où son voisin la voit avec sa petite amie. Il en parle à son père et son frère est désormais au courant.

Marie explique qu'elle n'avait aucune force pour se défendre, elle a été battue, et sa famille pensait qu'elle était possédée. Cette situation l'a amenée à faire un choix et de prendre une décision. C'est alors que tout le monde dort que Marie prend la fuite, et va se réfugier chez sa petite amie.

Elle savait qu'elle ne pouvait pas rester chez elle car ils allaient venir à sa recherche. Marie décide alors de partir, de migrer et c'est sa petite amie qui va l'aider à financer son voyage.

Marie est arrivée au Maroc après avoir traversé plusieurs pays, et après avoir changé deux fois de destination, son parcours a été gorgé de rencontres, d'apprentissages, et d'émotions, mais également plein de douleur, d'abus, de violences physiques et sexuelles.

Durant l'entretien semi-directif avec Marie, beaucoup de sourire accompagnait son témoignage. Elle était dans l'auto-dérision, elle a parlé des violences physiques, les attouchements qu'elles subissait durant les voyages entre les villes, les agressions des passeurs, et toutes les stratégies utilisées pour se protéger avec beaucoup d'humour. Puis quand elle a parlé de son aventure avec sa petite amie au Maroc, dont elle est tombée amoureuse et qui l'a quitté, chose qui l'a motivé à vouloir quitter le Maroc, et aller à la rencontre du passeur Ivoirien qui l'a violé à Tanger, elle s'effondre en larme, son discours était entrecoupé par de fortes émotions.

Histoire du trouble, aspects anciens, aspects récents

Durant son expérience migratoire qui a duré entre Septembre 2016 et Janvier 2017, Marie a subi beaucoup de violences dont, un viol de la part d'un chauffeur de bus qui allait les emmener vers la frontière, elle avait refusé de lui donner plus d'argent que convenu, il l'a fouillé et il a abusé d'elle. Le dégoût suite à l'idée qu'elle devait mettre son argent dans un sac en plastique et le mettre dans son anus pour ne pas être volée. Devoir utiliser son corps pour payer un passeur à la frontière Algérienne. Refuser de vendre son corps et travailler comme serveuse dans un maquis, qui selon elle, est un endroit dirigé par un passeur, et sa femme camerounaise, qui ressemblait à un cabaret, et là où on vendait de l'alcool, les drogues, et des filles.

Les filles qui travaillaient au sein du maquis n'avaient pas le droit de sortir, pour ne pas réveiller les soupçons de la police et des gens du quartier, c'est un « *vigile* » qui s'occupait des courses ainsi que toutes les tâches qui nécessitaient un déplacement. Marie a également été témoin d'une situation qui l'a marquée, c'est l'histoire d'un couple camerounais accompagné d'un bébé, qui sont venus solliciter l'aide du passeur, mais qui n'avaient pas assez d'argent pour voyager à trois. Le passeur propose au mari de laisser sa femme voir des hommes afin de pouvoir payer la totalité de la somme. Le mari a dû accepter, le regard de la femme, ses cris, la peine et la haine ressenties, hantent Marie à ce jour.

En plus des attouchements dont elle a été victime durant toute l'expérience migratoire.

Tous ces événements ont fait que Marie ressent une peur immense, une anxiété, un besoin de crier et de pleurer tous les soirs. Des cauchemars la hantait à chaque fois qu'elle fermait l'œil ainsi que la difficulté à trouver le sommeil l'a épuisée.

En cinq mois, Marie a vécu plusieurs situations traumatisantes : La menace, la violence physique, la violence sexuelle, l'abus de pouvoir, elle a également été témoin de plusieurs viols, mais une fois arrivée au Maroc, elle s'est sentie soulagée, d'être enfin arrivée à une destination, loin des persécutions.

Elle vivait dans une grande précarité, elle a passé des semaines à dormir dans la rue, avant de bénéficier de l'aide de Caritas et du HCR. Mais sa rencontre avec la psychologue de Caritas l'avait soulagée, elle a pu extérioriser, le sentiment de culpabilité, de honte et de peur a considérablement diminué. Mais elle a gardé ses comportements d'évitement, de ne pas faire connaissance avec de nouvelles personnes de la communauté camerounaise au Maroc même aux moments où elle se sentait seule et dépaylée.

Elle a même bénéficié de la bourse Dafi afin de terminer ses études autant que technicienne en mécanique au Maroc.

Le support psychologique qu'elle a eu, la stabilité, l'assistance financière, l'intégration au sein du système universitaire Marocain ont redonné espoir, confiance et courage à Marie pour développer une résilience.

Celle-ci qui lui a permis d'atténuer la majorité des symptômes de stress dont elle souffrait en moins d'un mois après son arrivée au Maroc.

L'histoire du traumatisme dont souffre Marie, ne se termine pas ici. Un an plus tard, durant son stage Marie a fait une nouvelle connaissance et a commencé une petite aventure.

Marie a développé des sentiments pour cette personne, alors qu'elles étaient d'accord qu'elles ne peuvent pas avoir une relation sérieuse, vu le background social de la jeune fille, et les attentes de ses parents.

Au début, Marie était d'accord, car elle a déjà été dans la même situation, malgré les risques, Marie a voulu tenter de se lancer dans cette aventure, elle était contente, elle décrit cette période comme « *une période où je vivais enfin, ou j'avais le droit d'être heureuse, d'être moi, sans culpabilité* ».

Les mois passèrent et Marie se sent dans une relation de fusion avec sa petite amie, elle finit ses études en Aout 2019, et arrête de bénéficier de l'assistance financière et n'a pas réussi à trouver un travail, mais ce n'était pas un souci, puisque sa petite amie pouvait donner un coup de pouce en payant son loyer et subvenir à ses besoins.

Plus sa petite amie exprimait son engagement et son dévouement, plus Marie s'attachait à elle. Marie décide donc de lui faire part de ses sentiments. Cette déclaration finit mal. Sa petite amie ne pouvait pas trahir la confiance de ses parents et ne voulait pas assumer ses choix. Par peur de la réaction de Marie, elle décide de la quitter.

Marie seule et déçue, décide de quitter le Maroc de manière clandestine. Elle prend contact avec un passeur Ivoirien à Tanger. Ce dernier s'avère violent physiquement à son égard. Il la viole et vole son argent.

Une fois revenue de Tanger à Rabat. Marie est envahie par les mêmes sentiments ressentis après son arrivé au Maroc, sauf que cette fois elle ne peut pas les contrôler. Marie est en panique, elle ressent une peur intense, un sentiment d'impuissance devant ces symptômes, devant son destin qu'elle a beau essayé de changer, devant l'injustice qu'elle vit depuis des années. Elle décide alors de se couper les veines, car à ces sentiments s'ajoute la honte qu'elle éprouve envers elle-même, envers ses choix et décisions. Elle a le sentiment d'avoir échoué, même loin de sa famille et des persécutions, elle me dit avec difficulté, que pendant longtemps avant le passage à l'acte elle pensait que la seule issue était le suicide.

Recueil des symptômes

Un symptôme est un trouble que le patient ressent et décrit, un même symptôme peut traduire différentes pathologies. Pendant que le syndrome est l'association de plusieurs symptômes.

A travers la narration de son histoire, Marie rapporte les signes suivants :

- Des souvenirs de l'évènement reviennent sous forme de flash-back et de cauchemars
- Les lieux qui lui rappellent pourquoi elle a contacté le passeur ou qui lui rappellent la migration sont évités
- Des troubles neurovégétatifs comme le sommeil et la concentration sont altérés
- Ces symptômes persistent depuis plus d'un mois

- Une tristesse et une anxiété sont présentes
- Elle a vécu avec effroi l'événement du viol
- Durant l'évènement elle a cru qu'elle allait mourir, elle a eu peur pour son intégrité physique
- Elle se sent coupable de ce qui lui arrive
- Elle éprouve une honte envers elle-même
- Des idées suicidaires et un passage à l'acte

Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel est une méthode qui contribue à la différenciation entre un trouble et un autre qui présente des symptômes similaires.

Dans son ouvrage, *Revivre après un choc* (2008), Aurore Sabouraud- Seguin dit qu'il est important d'établir un diagnostic différentiel. Il est également important de prêter attention à certains troubles, et les traiter par hiérarchie. Par exemple un patient qui souffre d'une dépression majeure, une dépendance aux substances, ou qui est envahi par des idées suicidaires.

Schizophrénie / troubles psychotiques :

Marie n'a pas d'hallucinations, ni des idées délirantes.

Troubles anxieux :

Marie ne présente pas de TOC, elle pense souvent à l'événement traumatique, mais ne fait aucun rituel, compulsion mentale ou comportementale pour chasser les pensées relatives à l'événement.

Phobie sociale :

On ne peut pas faire de diagnostic de phobie sociale non plus, car malgré le fait que Marie évite les endroits qui lui rappellent la migration, elle voit toujours ses amis et fait ses courses.

Trouble panique :

Marie éprouve des manifestations corporelles quand elle est envahie par les souvenirs de l'événement traumatisant.

Ces manifestations ressemblent à celles du trouble panique, mais elles restent limitées, car Marie ne pense pas qu'elle va avoir ces manifestations à tout moment et qu'elle va en mourir.

Diagnostic positif

Trouble de stress post-traumatique :

Pour faire le diagnostic, le DSM V exige la présence de plusieurs critères que j'ai observé chez Marie :

Critères A :

- Marie a été victime d'un viol, et d'une violence physique avec des blessures profondes.

Critères B :

- Marie revit la scène traumatique avec souffrance
- Rêves liés à l'événement traumatique
- Le souvenir traumatique revient souvent sous forme de flashbacks, avec des manifestations physiologiques (palpitations, gorge qui se serre, transpiration)
- Sentiment de détresse face aux souvenirs de l'événement traumatique

Critères C :

- Marie présente des comportements d'évitement persistants face à tout ce qui est associé à l'événement traumatique
- Marie évite les lieux qui sont associés à la migration

Critères D :

- Marie a développé des croyances négatives par rapport à elle-même et par rapport au monde
- Marie pense que c'est à cause de ces décisions que le viol a eu lieu, elle se blâme
- La réaction de Marie se traduit par la peur, la honte et la culpabilité

Critères E :

- Marie a du mal à s'endormir
- Elle n'arrive plus à lire ses livres, elle a du mal à se concentrer

Critères F : Ces symptômes ont duré plus d'un mois.

- ✚ Ces symptômes ne sont pas derrière la consommation d'une substance. Marie n'a pas de problèmes psychosociaux ou environnementaux.

Le diagnostic de dissociation et autres réactions péri-traumatiques

- Marie m'a rapporté un épisode de dissociation péri-traumatique. Après le viol, Marie est restée allongée par terre, consciente, puis quand elle a repris ses forces, elle s'est levée puis elle est partie chez son amie camerounaise, chez qui elle a passé la nuit. Marie n'a plus aucun souvenir de comment elle a fait pour arriver chez son amie.

L'échelle diagnostique

J'ai proposé à Marie le PCL-5 (annexe 1). Qui est un questionnaire auto-évaluatif qui permet d'évaluer les symptômes de TSPT selon les critères diagnostique du DSM V. 20 items sont à coter de 0 à 4. Le seuil est de 38. Le score de Marie est 67.

Les entretiens semi-directifs et l'échelle diagnostique m'ont permis de dire que Marie souffre d'un TSPT, et en comorbidité des idées suicidaires. Marie a également fait un épisode de dissociation péri traumatique. La TS, même quand Marie dit qu'elle le regrette, et qu'elle remercie Dieu de lui avoir donné une nouvelle chance, nous impose de rester vigilant.

Facteurs de développement du TSPT

Plusieurs facteurs de vulnérabilité sont antérieurs à l'événement traumatique, dont le genre, qui est un des facteurs de prévalence de l'apparition du TSPT.

Selon Breslau (2002) l'apparition d'un TSPT est deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes.

Des antécédents personnels de troubles psychiatriques peuvent constituer un facteur aggravant (Breslau, 2002).

Les antécédents familiaux de troubles mentaux peuvent également constituer des facteurs de risque, ainsi que les séparations précoces et les comportements parentaux destructeurs (Foy, Resnick et al, 1987).

Selon Marie, sa famille n'a aucun antécédent de troubles mentaux. Avant les viols Marie menait une vie paisible, elle n'avait aucun trouble du sommeil, ni d'anxiété.

Il est également important de garder en tête que Marie a déjà été victime de viol, d'abus, et de violence sexuelle lors de son trajet vers le Maroc, les symptômes du stress aigu ont disparu en moins d'un mois.

L'événement traumatique

50% des victimes de viol développent un TSPT contre 5% des personnes victimes de catastrophes naturelles. La nature de l'événement traumatique peut également être un facteur déterminant (Birmes et Klein in Jehel et Lopez, 2002). Il est important de définir la nature du traumatisme, il est tout aussi important de considérer les événements pré-traumatiques.

L'exemple de Marie qui a eu des viols antérieurs, et la présence d'un événement particulièrement stressant avec le traumatisme qui est la rupture amoureuse difficile et la cause de sa décision de chercher un passeur.

Lignes de base pour la prise en charge

Je n'ai pas pu effectuer de suivi thérapeutique avec Marie vu la situation du confinement actuel au Maroc. Toutefois, je propose le plan suivant :

En premier lieu, je trouve qu'il est important de ne pas négliger la prise en charge des idées suicidaires, de renforcer ses facteurs de protection comme sa foi en Dieu, vu que maintenant elle dit qu'elle remercie Dieu de lui avoir donné une seconde chance. Je pourrais également lui proposer la ligne help line de SOS silence qu'elle peut contacter en cas de besoin.

La thérapie cognitive et comportementale est l'une des thérapies les plus efficaces dans les cas de personnes qui souffrent d'un TSPT. J'ai également été initiée à cette thérapie en Master 1.

Je pourrais utiliser les techniques de la TCC. En commençant par la conceptualisation du cas qui va me permettre d'identifier les situations problèmes et de construire des hypothèses thérapeutiques.

En ce qui concerne la psychoéducation, il est primordial de fournir à la patiente les informations nécessaires sur le stress post-traumatique et les risques encourus.

Il pourrait être utile de lui proposer la lecture de l'ouvrage de Aurore Sabouraud Seguin, « Revivre après un choc, comment surmonter le traumatisme psychologique ». Lui donner des explications sur le rôle de ses comportements d'évitement dans le maintien du trouble.

Durant les premières séances il est crucial d'établir une bonne alliance thérapeutique qui va aider à mettre le patient en confiance. L'alliance thérapeute est la clé de la prise en charge d'un traumatisme psychique, le patient doit se sentir en sécurité, compris pour qu'il puisse collaborer et faire part de ses émotions. Cette collaboration va permettre à Marie qui a été déshumanisée, qui s'est sentie impuissante devant son agresseur de devenir actrice de sa vie.

Sur le plan émotionnel

Proposer à Marie les techniques de respiration contrôlée, peuvent l'aider à diminuer ses réactions face aux souvenirs de l'événement traumatique.

Je pourrais également lui proposer de pratiquer la relaxation progressive de Jacobson.

Sur le plan comportemental

Grace aux exercices de respiration et de relaxation, la patiente va pouvoir maîtriser les réactions de son corps face aux souvenirs intrusifs, je pourrais suggérer à Marie un exercice de rédaction de l'événement, qui va lui permettre d'extérioriser, et de contrôler ses émotions jusqu'à diminution de l'anxiété ressentie vis-à-vis de l'événement traumatique.

Une exposition progressive en imagination peut également être envisagée, qui va permettre à Marie de s'imaginer devant le bureau du HCR qui est un endroit où elle doit se rendre assez souvent pour maintenir son statut de réfugiée au Maroc, mais qu'elle évite car ça lui rappelle la migration.

L'exposition doit être prolongée, progressive, répétée, et complète.

Sur le plan cognitif

Les schémas cognitifs qu'on élabore tout au long de notre vie grâce à nos expériences représentent nos systèmes de valeurs et de croyances, et sont derrière la manière avec laquelle on aperçoit le monde.

A la survenue d'un événement traumatique, on l'évalue et on le confronte à notre système de croyances. Cette confrontation met à mal nos croyances. Nos schémas de base deviennent alors dysfonctionnels, ce qui génère des pensées négatives sur soi-même et sur le monde.

Des pensées automatiques comme celles de Marie « *C'est de ma faute. C'est à cause de ma décision* ». On peut également utiliser la technique du questionnement socratique pour assouplir ces schémas.

Les 5 questions les plus fréquemment utilisées dans le questionnement socratique :

- Comment savez-vous cela ?
- Quand cela est-il déjà arrivé ?
- Avec qui cela arrive ?
- Comment cela se déroulerait ?

(Apprendre les TCC, consulté en ligne)

La thérapie cognitive et comportementale centrée sur le trauma est l'une des thérapies les plus recommandées pour le TSPT. Les stratégies thérapeutiques et les prises en charge peuvent être choisies en fonction de l'individu, de son histoire de vie, et en fonction du type de son traumatisme. Dans la prise en charge du traumatisme psychique chez la population migrante, il est important de tenir compte de la culture et des croyances dans le processus de récupération. Le thérapeute doit également faire preuve de bienveillance, d'empathie, et prendre en considération les particularités ethniques et culturelles de chaque individu.

Discussion

Ainsi le cas de Marie a été l'occasion pour moi d'appréhender et réfléchir à l'articulation qui existe entre l'expérience migratoire des migrantes subsahariennes qui est jalonnée de violences et l'apparition de symptômes de stress post traumatique. Comme je l'ai abordé auparavant, je cherche à étudier à travers ce travail comment les violences sexuelles subies durant le parcours migratoire peuvent être derrière la formation d'un TSPT chez les MSS, ainsi que l'importance de la psychoéducation et la prise en charge précoce dans la prévention du TSPT. Pour mieux apprécier les interactions, les interdépendances, j'ai orienté mon travail pour répondre à la problématique suivante :

Comment le parcours migratoire des MSS jalonné de violences sexuelles participe à faire émerger des symptômes de TSPT ?

Le traumatisme psychique engendre une souffrance significative ainsi qu'une altération du fonctionnement social à cause de toutes les stratégies d'évitement pratiquées par les victimes.

Les résultats de mon étude montrent que les migrantes sont victimes de plusieurs types de violences, dont les violences sexuelles, ces violences sont vécues tout au long de l'expérience migratoire, le cas de Marie qui a vécu des violences sexuelles durant son trajet entre le Cameroun et le Maroc, et quelques années plus tard elle a vécu un autre viol de la part d'un passeur à Tanger.

Puis à travers les entretiens et les résultats du PCL-5. Je peux en déduire ainsi que Marie présente des symptômes du TSPT.

Donc, bien que cette étude m'ait permis de confirmer l'articulation qui existe entre migration, violences sexuelles et traumatisme psychique, elle m'a aussi permis d'appréhender pourquoi Marie n'a pas souffert de ces symptômes et de la même intensité une fois arrivée au Maroc, après un parcours migratoire qui a duré environ 5 mois et qui a été plein d'épisodes de violences sexuelles.

Ce questionnaire m'a mené vers l'importance d'appréhender les antécédents des événements traumatiques et de leurs successions, ainsi que l'importance du soutien psychologique et social après l'événement traumatique qui va venir renforcer la résilience des migrantes.

Marie par exemple, qui après de nombreuses violences sexuelles, une fois arrivée au Maroc, elle a bénéficié de séances d'écoute et de psychoéducation, d'explications et d'espace de parole. La bienveillance de la psychologue de Caritas l'a également aidé.

Elle a aussi bénéficié d'une mise à l'abri immédiate, d'une assistance financière et d'une bourse pour terminer ses études.

Le soutien social, financier et psychologique dont elle a bénéficié a fait qu'elle se sente actrice de sa vie et a atténué sa souffrance.

Contrairement au dernier épisode de violence qu'elle a subi à Tanger, Marie n'avait aucun revenu, elle était diplômée mais sans travail, ne bénéficiait plus de l'assistance financière et vivait une rupture amoureuse, les symptômes du traumatisme psychique ont persisté.

La souffrance des migrants est souvent peu exprimée. Ils ont du mal à mettre des mots sur leurs maux, et sur les atrocités vécues qui sont le fait de leurs expériences migratoires, d'où l'importance de la présence d'un psychologue dans les centres d'accueil des migrants. (annexe 4).

Ce dernier va pouvoir les mettre en confiance et va leur parler des différents symptômes psychiques et somatiques qu'ils peuvent présenter suite à l'expérience migratoire.

Un psychologue formé à la psychoéducation pourra à son tour sensibiliser les migrants par rapport aux manifestations physiques et psychologiques qui peuvent survenir suite à des événements traumatisants vécus dans les pays d'origine ou durant le trajet vers le pays d'asile ou de transit.

On note aussi que cela va offrir la possibilité de comprendre et d'adopter les bonnes actions et comportements, et venir bénéficier de la prise en charge psychologique qu'offrent les centres d'accueil et les associations œuvrant dans le domaine de la migration.

Ces interventions sont également l'occasion de donner aux personnes des informations sur les symptômes du traumatisme psychique et les possibilités de prise en charge.

Grace à l'éducation thérapeutique et à la bonne connaissance des symptômes ainsi que l'apport de toutes les informations nécessaires, les migrants seront amenés à devenir acteurs de leur vie, et surveiller les possibles symptômes précoces en même temps que prendre conscience de l'importance de la prise en charge.

Le support psychosocial et le temps accordé par la psychologue à l'explication des symptômes du stress aigu et son évolution dont Marie a bénéficié ont fait que les symptômes du stress aigu ne se développent pas et ne persistent pas plus d'un mois, ce qui lui a permis une rémission spontanée.

En ce qui concerne la prise en charge précoce.

Les méthodes les plus répandues sont les débriefings psychologiques et le counseling. Ces méthodes doivent être effectuées immédiatement, ou dans les premiers jours qui suivent l'événement traumatique. J'estime que non seulement ces méthodes de prévention n'ont pas totalement prouvées leur efficacité, elles sont difficiles à appliquer avec le public migrant qui est en mouvement constant.

Limites de la recherche

Bien que mon travail ait été conduit avec rigueur, méthode et nourrie de lectures et de réflexions, il peut présenter des limites et ce au regard d'un contexte conjoncturel.

Compte tenu de la crise sanitaire de la covid-19 que vit le monde et des mesures préventives depuis le 20 Mars au Maroc, on a continué nos études à distance, et les stages ont été suspendus afin de préserver la santé des étudiants.

Cette situation m'a conduit à réorienter ma démarche vers une étude qualitative et par conséquent répondre à mon hypothèse principale qui est celle de confirmer l'articulation qui existe entre migration, violences sexuelles et TSPT.

L'étude qualitative permet d'apporter de nouvelles informations qui peuvent offrir de nouvelles ouvertures et hypothèses de travail.

La personne interrogée durant cette exploration, a répondu à mes interrogations par rapports aux différents thèmes abordés dont la migration, les motivations du départ, les violences vécues, etc.

J'aurais souhaité utiliser la méthode quantitative afin d'aborder ces thèmes et tester mes hypothèses au sein d'une population plus large. La technique que j'ai utilisée reste un très bon moyen qui ne se mesure pas par le nombre de personnes interrogées, mais par la manière avec laquelle elles sont interrogées. Grâce à l'entretien semi directif, et à l'étude de cas, j'ai pu obtenir une vision plus proche de la souffrance des MSS.

En ce qui concerne la traduction du PCL-5, j'ai pu suivre le protocole de traduction sans pour autant le tester sur plus de deux migrants arabophones.

Je souhaiterais vivement poursuivre ce travail de traduction et compléter le protocole, afin de m'en servir comme initiation à un travail de thèse.

Perspectives

Dans mon étude je me suis intéressée et axée sur le genre féminin sans cibler une tranche d'âge précise. Il serait captivant dans de prochains travaux d'y ajouter le critère d'âges pour obtenir plus de précision et de détails sur le vécu subjectif en relation avec la migration et les violences.

D'autre part, une étude quantitative serait aussi un autre moyen pour vulgariser mon travail, et contribuer à la sensibilisation de l'importance de la prise en charge psychologique à consacrer au public migrant au Maroc.

La suite de mon travail pourrait également se diriger vers un travail de thèse qui va me permettre d'étudier la contribution des origines sociodémographiques et ethniques dans l'apparition ou non des troubles psychiques chez le public migrant, d'où l'intérêt pour la traduction du PCL-5 (annexe 3). Des perspectives qui me motivent grandement.

Conclusion

Si la migration humaine désigne le déplacement géographique des personnes pour diverses raisons, c'est aussi un processus qui commence avant de prendre la route.

Ce processus s'accompagne de plusieurs dangers, violences physiques, sexuelles, et institutionnelles.

Ces violences peuvent même être vécues dans le pays d'origine, durant le parcours migratoire voire même une fois arrivé au pays d'asile ou de transit. Le parcours des migrantes subsahariennes vers le Maroc a montré leurs expositions à de nombreux épisodes de violences sexuelles. Ce sont de véritables victimes.

Ces violences engendrent l'apparition de symptômes de TSPT. La prévalence de l'apparition de ces symptômes s'accroît avec les violences sexuelles, et chez le genre féminin.

L'identification des facteurs de risques pré-traumatiques, et post-traumatiques permettrait une meilleure compréhension des symptômes qui se forment et surgissent à des moments précis.

La prise en charge précoce est difficile à maintenir avec un public migrant qui est en mouvement constant.

Comme il paraît difficile de suivre cette population, la psychoéducation dans les centres d'accueil des migrants et à utiliser et à privilégier comme moyen de prévention.

Le soutien social, dans ce cadre, joue à son tour un rôle fondamental en direction des migrants, une fois arrivé au pays d'asile ou de transit. Il peut s'avérer thérapeutique.

Bibliographie

Ahmed, A. S. (2007). *Post-traumatic stress disorder, resilience and vulnerability. Advances in Psychiatric Treatment*, 13(5), 369-375. Consulté sur :

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.886.4302&rep=rep1&type=pdf>

Ahovi, J. (2006). *Place du transculturel dans la consultation psy. Enfances & Psy*, 30, p.110.

Consulté sur : <https://doi.org/10.3917/ep.030.0110>

Amnesty International, (2015), *Qu'est-ce qu'un demandeur d'asile ?* Consulté sur :

<https://www.amnesty.fr/focus/droit-asile>

Amnesty International, (2016), *Les femmes réfugiées en provenance de Syrie sont exposées à l'exploitation et au harcèlement sexuel.* Consulté sur :

<https://www.amnesty.org/fr/latest/news/2016/02/lebanon->

Amnesty International, *Qu'est-ce qu'un réfugié ?* Consulté sur :

<https://www.amnesty.fr/focus/refugie>

Blackwell, D. (2005). *Counselling and psychotherapy with refugees*. London, England : Jessica Kingsley Publishers.

Boscarino, J. A., & Adams, R. E. (2008). Overview of findings from the World Trade Center Disaster Outcome Study: recommendations for future research after exposure to psychological trauma. *International journal of emergency mental health*, 10(4), 275.

Bouchet, V. (2015). *Accompagnement en psychopédagogie perceptive et estime de soi : recherche qualitative et quantitative auprès d'une population de personnes accompagnées en psychopédagogie perceptive.* Consulté sur : https://www.cerap.org/sites/default/files/public-downloads/these_et_annexes_valerie_bouchet-19_juillet_2015.pdf

Bouchet, V. (2015), *Accompagnement en psychopédagogie perceptive et estime de soi.*

Consulté sur : https://www.cerap.org/sites/default/files/public-downloads/these_et_annexes_valerie_bouchet-19_juillet_2015.pdf

Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders.

Bryce, C. P. (2001). *Stress management in disasters*. Pan American Health Organization.

Canini, F., El-Hage, W. et Garcia, R. (2017). *ABC des psychotraumas. Le trouble de stress post-traumatique. Savoir pour guérir*. Villers-lès-Nancy : Mona édition SAS.

Caron, J. & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30 (2), 15–41. Consulté sur : <https://doi.org/10.7202/012137ar>

Chouinard, M. (2012). Soutien social. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières : 2ème édition* (pp. 285-288). Toulouse, France : Association de recherche en soins infirmiers. Consulté sur : doi:10.3917/arsi.forma.2012.01.0285

Code pénal Marocain, version consolidée en date du 15 septembre 2011. Article 486.

Consulté sur :

<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/SERIAL/69975/69182/F1186528577/MAR-69975.pdf>

Comede, (2012). La santé des exilés, rapport d'observation et d'activité. Le kremlin Bicêtre, Paris : page 92. Consulté sur : www.comede.org/IMG/PDF/RapportComede2012.pdf

Crocq L. (2007), *Traumatismes psychiques. Prise en charge psychologique des victimes*, Paris, Masson.

Crocq, L. (2002). *Histoire critique du débriefing*. E. De Soir, E. Vermeiren, E., *Les debriefings psychologiques en question*, Anvers, Garant éd.

Cyrułnik, B. (2013). La résilience : un processus multicausal. *Revue française des affaires sociales*, , 15-19. Consulté sur : doi:10.3917/rfas.125.0015.

de Jonckheere, C., Chalverat, C., Rufini Steck, L., & Elghezouani, A. 2011. *Le thérapeute et le diplomate : Modélisation de pratiques de soin aux migrants*. Genève : Éditions ies. Consulté sur : doi :10.4000/books.ies.237

Dellucci, H. & Tarquinio, C. (2015). L'EMDR – Eye movement desensitization and reprocessing – au service de la thérapie systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 55(2), 59-90. Consulté sur : doi :10.3917/ctf.055.0059

Département des affaires économiques et sociales (DAES) de l'Organisation des Nations unies, *International Migration Report*, (2017). Consulté sur : https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2017_Highlights.pdf

Detry, V. (2018). *Pratiques des psychologues avec des usagers migrants : éclairage de psychologues travaillant dans différentes institutions et associations* (Doctoral dissertation, Université de Lausanne, Faculté des sciences sociales et politiques).

Edwards. A, UNHCR, L'agence des Nations Unies pour les réfugiés, (2016), *Point de vue du HCR : « Réfugié » ou « migrant » – Quel est le mot juste ?* Consulté sur : <https://www.unhcr.org/fr/news/stories/2016/7/55e45d87c/point-vue-hcr-refugie-migrant-mot-juste.html>

El-Hage, W. et, Bilodeau, M. (2018). *Stratégies thérapeutiques des traumatismes. 116^e Rapport du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*. Tours : Presses universitaires François-Rabelais.

El-Hage, Wissam. « Prise en charge des troubles post-traumatiques », *Rhizome*, vol. 69-70, no. 3, 2018, pp. 10-11.

Encyclopédie Larousse en ligne. Consulté sur : https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/migrations_humaines/186949

Étude de législation comparée n° 133, (2004). *Les infractions sexuelles commises sur les mineurs*, Article 375 du Code pénal Belge. Consulté sur : <https://www.senat.fr/lc/lc133/lc1333.html#toc18>

Falconnier. N, (2013), *La prise en charge infirmière du stress post-traumatique en mission humanitaire*.

Femmes prévoyantes socialistes, (2016). *Les violences sexuelles relatives aux migrations et à l'exil*. Consulté sur : <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/02/Analyse2016-Violences-migrations.pdf>

Fleury, F. (2006). *Santé mentale et requérants d'asile : quelle remise en question ? Histoire et évolution d'un travail de terrain à Appartenances*, Lausanne (Suisse). In M. Sassolas (Ed.), *L'éloge du risque dans le soin psychiatrique* (p.135-147). Toulouse, France : ERES.

Foa, E.B. (2000). *Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder*. J Clin Psychiatry, (61) : suppl. 5 :43-8.

Foy, D. W., Resnick, H. S., Sippelle, R. C., & Carroll, E. M. (1987). Premilitary, military, and postmilitary factors in the development of combat-related posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*.

France Terre d'Asile, (2016), *Les femmes font massivement face aux violences sexuelles sur le chemin de l'exil*, 2016. Consulté sur : <https://www.france-terre-asile.org/actualites/actualites/actualites-choisies/les-femmes-font-massivement-face-aux-violences-sexuelles-sur-le-chemin-de-l-exil>

Fumeaux, P., Revol, O., & Hunziker, B. (2013). *Candidat à l'échec scolaire incompris et ignoré : l'enfant de migrants*. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61(4), 243-249. Consulté sur : <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.03.006>

GADEM, (2014), *La procédure de demande d'asile auprès du HCR Maroc*. Consulté sur : <https://gadem-guide-juridique.info/asile/situation-refugies/demande-asile-hcr/lentretien-deligibilite/>

Garcette. C, (2012), *Dépression, culture et migration : enquête auprès de trois générations de migrants*. Consulté sur : <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/2972efcc-3dae-4634-a617-7648c520f2df>

Gerbes, A., Leroy, H., Leferrand, P., Michel, D., Jarno, P. & Chapplain, J. (2015). *Mieux repérer la souffrance psychique des patients migrants primo-arrivants en consultation de médecine générale et limiter les ruptures de suivis psychiatriques*. *L'information psychiatrique*, volume 91(3), 243-254. Consulté sur : doi:10.3917/inpsy.9103.0243.

Goguikian Ratcliff. B, (2011), *Exil et traumatisme*. Consulté sur : https://www.appartenances-ge.ch/wp-content/uploads/2015/07/appartenances-ge_intervention_bg_exil_et_traumatisme.pdf

HCR, (2003), *La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées*. Consulté sur : <https://www.refworld.org/pdfid/41388ad04.pdf>

Josse, É. (2019). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. De Boeck Supérieur. P 38, 54, 66.

L'Organisation internationale pour les migrations (2019), *Couverture médiatique de la migration fondée sur le droit international, Guide du journaliste*, Tunisie. Consulté sur : <https://morocco.iom.int/sites/default/files/OIM%20Maroc%20-%20Guide%20du%20Journaliste.pdf>

- Lago, C. (2005). *Race, culture and counselling*. Maidenhead,UK : McGraw-Hill Education.
- Le statut de réfugié | OFPRA. (2018). Consulté sur : <https://www.ofpra.gouv.fr/fr/asile/les-differents-types-de-protection/le-statut-de-refugie>
- Lebigot, F. (2005). *Traiter les traumatismes psychiques. Clinique et prise en charge*. Paris : Dunod. P 137, 140, 142.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on psychological science*, 2(1), 53-70.
- Manciaux, M. (2001). *La résilience : Un regard qui fait vivre*. Études, tome 395(10), 321-330. Consulté sur : doi:10.3917/etu.954.0321.
- Médecins sans frontières- Espagne, (2005), *Violence et immigration Rapport sur l'immigration d'origine subsaharienne (ISS) en situation irrégulière au Maroc*. Consulté sur : <https://www.msf.fr/sites/default/files/2005-09-29-MSFE.pdf>
- Médecins sans frontières- Espagne, (2010), *Violence sexuelle et migration La réalité cachée des femmes subsahariennes arrêtées au Maroc sur la route de l'Europe*. Consulté sur : <https://www.msf.fr/sites/default/files/d87b284fadac0af3475f1f92bce47b3c.pdf>
- Mghari. M, *La migration irrégulière au Maroc*, Centre d'Etudes et de Recherches Démographiques (CERED), Rabat, Maroc. Consulté sur : <https://iussp2009.princeton.edu/papers/92040>
- Morgan, S. (2012). *L'Etat de stress post-traumatique : diagnostic, prise en charge et réflexions sur les facteurs prédictifs*. Mon Petit Editeur.
- Moro, M. R. (1992). *Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie : l'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles*. Santé mentale au Québec, 17, 71–98. Consulté sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/1992-v17-n2-smq2299/502071ar/>
- Nathan, T. (1997). *Spécificité de l'ethnopsychiatrie*. Nouvelle revue d'ethnopsychiatrie. p.34, 7- 24. 147. Consulté sur : <http://www.ethnopsychiatrie.net/general/telecharge/specificite.pdf>
- Ndengeyingoma, A. (2006), *Représentation d'adolescents réfugiés de leur expérience migratoire et des éléments contribuant au développement de leur identité personnelle*. Consulté sur : <http://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/6929/1/030586082.pdf>

OIM, *définition de Migrant*, (2019). Consulté sur : <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration#migrant>

OMS, (2012), *Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes*. Consulté sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86236/WHO_RHR_12.37_fre.pdf?sequence=1

OMS, Fact sheet – Mental health (2019) Consulté sur : http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/404852/MNH_FactSheet_FR.pdf?ua=1

Organisation Mondiale de la Santé, (2012), *Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes : la violence sexuelle*. Consulté sur : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/86236/WHO_RHR_12.37_fre.pdf?sequence=1

Palazzolo, J. (2016). Pratique d'une thérapie cognitive et comportementale. Dans : Jérôme Palazzolo éd., *Les thérapies cognitives et comportementales* (pp. 11-24). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France.

Perruchoud, R. (2007), *Droit international de la migration, Glossaire de la migration N°9, Organisation internationale pour les migrations (OIM)*. Consulté sur : https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_9_fr.pdf

Pestre, E. (2010). *La vie psychique des réfugiés (Essais Payot), (French Edition)* (PAYOT éd.). paris, france : PAYOT.

Pigaglio, R. (2019, mars 28). Le Maroc, terre d'accueil et de transit des migrants. Consulté sur : <https://www.la-croix.com/Monde/Afrique/Le-Maroc-terre-daccueil-transit-migrants-2019-03-28-1201011940>

Porter, M., & Haslam, N. (2005). *Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons*. JAMA, 294(5), 602. Consulté sur : <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>.

Sabouraud-Séguin, A. (2006). *Revivre après un choc*. Odile Jacob.

Soullier, L. (2015-2016), *Migration et trouble de personnalité : Réflexions autour d'une vignette clinique*. Consulté sur : http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Memoires_du_DIU/SOULLIER_L.PDF

Te Brake, H., Dückers, M., De Vries, M., Van Duin, D., Rooze, M., & Spreeuwenberg, C. (2009). Early psychosocial interventions after disasters, terrorism, and other shocking events: Guideline development. *Nursing & Health Sciences*, 11(4), 336-343.

Technique d'entretien : le questionnement socratique. (2020, mai 24). Consulté sur : <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/le-questionnement-socratique.html>

UNHCR, L'agence des Nations Unies pour les réfugiés, *La convention de 1951 relative au statut des réfugiés*. Consulté sur : <https://www.unhcr.org/fr/convention-1951-relative-statut-refugies.html>

Van Emmerik, A. A., Kamphuis, J. H., Hulsbosch, A. M., & Emmelkamp, P. M. (2002). Single session debriefing after psychological trauma : A meta-analysis. *The Lancet*, 360(9335), 766-771.

Whitney. D, M.D., FRCPC, (2015). *Trouble de stress post-traumatique*. Consulté sur : http://www.wsiat.on.ca/tracITDocuments/MLODocuments/Discussions/fpost_traumatic.pdf

Annexes

Annexe 1 :

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD
Traduction française N. Desbiendras

Annexe 2 :

PCL-5

Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5

Consignes : Voici une liste de problèmes que les gens éprouvent parfois suite à une expérience vraiment stressante. Veuillez lire chaque énoncé attentivement et cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois**.

<i>Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :</i>	<i>Pas du tout</i>	<i>Un peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?				x	
2. Des rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?				x	
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience stressante ?			x		
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle l'événement ?				x	
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle l'événement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					x
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à l'événement ?					x
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (lieux, personnes, activités, objets) ?					x
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de l'événement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					x
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour l'événement ou ce qui s'est produit ensuite ?					x
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					x
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					x
13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					x
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?				x	
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					x
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?				x	
17. Être en état de « super-alerte », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					x
18. Sursauter facilement ?				x	
19. Avoir du mal à vous concentrer ?				x	
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					x

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD
Traduction française N. Desbiendras

Annexe 3 :

استبيان تقييم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة

- إلى أي حد أزعجتك هذه المشاكل؟
- 1. أجب على البنود قياسا على آخر شهر أو المدة الزمنية التي مرت منذ آخر لقاء.
- 2. استخدم المقياس الموجود أعلى الجدول.
- أجب على كل بند بوضع علامة في الخانة التي تناسب وضعيتك.

إلى أقصى حد 4	كثيرا 3	باعتدال 2	قليلا 1	على الإطلاق 0	
...	...	...	...	...	1. ذكريات متكررة، مزعجة وغير مرغوب فيها حول التجربة المسببة للتوتر.
...	...	...	...	...	2. أحلام متكررة ومزعجة حول التجربة المسببة للتوتر.
...	...	...	...	...	3. الانطباع المفاجئ بأنك تشعر أو تتصرف كما لو أن التجربة المسببة للتوتر تحدث مرة أخرى (كما لو أنك تعيشها مرة أخرى).
...	...	...	...	...	4. الشعور بالاضطراب عندما يذكرك شيء بالتجربة المسببة للتوتر.
...	...	...	...	...	5. ردود فعل جسدية عندما يذكرك شيء بالتجربة المسببة للتوتر (مثلا؛ خفقان القلب، صعوبة في التنفس، تعرق).
...	...	...	...	...	6. تجنب الذكريات، الأفكار أو العواطف المرتبطة بالتجربة المسببة للتوتر.
...	...	...	...	...	7. تجنب العناصر الخارجية التي تذكر بالتجربة (مثلا؛ أشخاص، أماكن، محادثات، أنشطة، أشياء أو وضعيات).
...	...	...	...	...	8. إيجاد صعوبة في تذكر أجزاء مهمة من التجربة.
...	...	...	...	...	9. الشعور بانطباعات سلبية قوية حول الذات، حول الآخر وحول العالم (مثلا؛ أفكار مثل "أنا سيء (سيئة)، لدي شيء ليس على ما يرام، لا يمكن الوثوق بأي شخص، العالم خطير حقا).
...	...	...	...	...	10. تلوم نفسك أو شخصا آخر بشدة على التجربة أو ما حدث بعدها.

...	...	...	...	...	11. وجود عواطف سلبية قوية كالخوف، الرعب، الغضب، الشعور بالذنب أو العار.
...	...	...	...	...	12. فقدان الاهتمام بالأنشطة التي كنت تحبها من قبل.
...	...	...	...	...	13. الشعور بالبعد أو العزلة عن الآخرين.
...	...	...	...	...	14. إيجاد صعوبة في الشعور بعواطف إيجابية (مثلاً؛ عدم القدرة على الشعور بالسعادة أو الحب تجاه الأقارب).
...	...	...	...	...	15. الشعور بالاهتياج أو الغضب أو التصرف بعوانية.
...	...	...	...	...	16. كثرة المخاطرة والقيام بأمر يمكن أن تؤذي.
...	...	...	...	...	17. الشعور بأنك في حالة تنبه، يقظة) أو في حالة حذر.
...	...	...	...	...	18. الشعور بالهياج والانتفاض بسهولة.
...	...	...	...	...	19. صعوبات في التركيز.
...	...	...	...	...	20. صعوبات في النوم أو البقاء نائماً(ة).

Annexe 4 :



INFORMATIONS POUR LES MIGRANTS ET DEMANDEURS D'ASILE

Si votre demande d'asile est en cours de traitement ou est rejetée, vous ne bénéficiez pas de l'assistance du Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) pour certains services en raison de son mandat.

Néanmoins, plusieurs associations et organisations au Maroc œuvrent pour protéger et assister les migrant-es au niveau social/humanitaire, médical, légal ou encore leur assurer un retour volontaire dans leur pays d'origine en toute dignité.

Afin de faciliter votre orientation vers les structures les plus appropriées selon vos besoins, le HCR a compilé la liste ci-dessous qui peut être non exhaustive des organismes habilités pour vous assister ou protéger vos droits.

Le HCR n'agit pas comme médiateur avec les organismes listés et le contenu de la liste, diffusée à titre purement informatif ne saurait donc engager la responsabilité du HCR.

♦ Aides sociales

Caritas Maroc Rabat/Tanger (aides sociales/alimentaires/médicales)
3 rue Al Affane, Aviation, RABAT Tel : 05 37 75 91 69
Sidi Bouabid, 55, B.P. 2116 90000, TANGER Tel: 05 39 93 63 82

Comité d'Entraide Internationale (CEI)
Avenue Allal Ben Abdellah (en face rue Benzard) RABAT

Fondation Tajmouti des Œuvres Sociales
Complexe Social de la Fondation Tajmouti, M'sallah, FES Tel: 05 35 94 35 11

Aide Fédération (Aides humanitaires)
2 rue Al Mamounia, Quartier Al Oufir, Villa N° 9, SALE Tel : 05 37 63 42 90

SAMU SOCIAL (prestation hygiène, et aides humanitaires écoute sociale).
CASABLANCA Tel : 05 22 25 25 25 / 05 22 98 98 98

♦ Soins médicaux

Centres de santé et de diagnostic de quartiers
Les consultations de la médecine générale sont assurées au niveau des centres de santé du quartier de votre lieu de résidence, du lundi au vendredi, sauf les jours fériés. Ces consultations sont gratuites à l'ensemble des personnes qui résident ou de passage au Maroc

Association Marocaine Médicale pour la Solidarité (général)
8 bd. Moulay Slimane, Résidence Royale, apt. 10, RABAT Tel: 05 37 63 22 39

Association Goutte De Lait Casablanca (pour des enfants)
2 pl. de l'Univers (anc. médina), Ancienne Médina, CASABLANCA
Tel: 05 22 27 38 16 / 05 22 27 05 05

Aide Fédération
2 rue Al Mamounia, Quartier Al Oufir, Villa N° 9, SALE Tel : 05 37 63 42 90

Association de Lutte Contre le Sida (ALCS)
(Dépistage du VIH/prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivant avec le VIH)
24 avenue Massira, JS, CYM, RABAT Tel: 05 37 79 73 31
Rue Salim Cherkaoui, CASABLANCA Tel: 05 01 00 25 25
Villa dar El Bogh, Rue Khalid Ibn Oualid, Essadia Gueliz, MARRAKECH
Tel: 05 24 42 18 34
Hôpital Al Farabi, Délégation de Ministère de la santé, OUJDA Tel: 05 36 70 67 70

♦ Education

Fondation Orient Occident (FOO) - Section de Rabat
(Education non-formelle)
Centre Yacoub El Mansour, Avenue des F.A.R, CYM, RABAT Tel: 05 37 79 36 37

Caritas Maroc Rabat/Tanger (Education non-formelle)
3 rue Al Affane, Aviation, RABAT Tel : 05 37 75 91 69
Sidi Bouabid, 55, B.P. 2116 90000, TANGER Tel: 05 39 93 63 82

♦ Victimes et survivants des violences sexuelles et sexistes

Association de Lutte Contre le Sida (ALCS)
24 avenue Massira, JS, CYM, RABAT Tel: 05 37 79 73 31
Rue Salim Cherkaoui, CASABLANCA Tel: 05 01 00 25 25
Villa dar El Bogh, Rue Khalid Ibn Oualid, Essadia Gueliz, MARRAKECH
Tel: 05 24 42 18 34
Hôpital Al Farabi, Délégation de Ministère de la santé, OUJDA Tel: 05 36 70 67 70

Association Marocaine de Lutte contre la Violence à l'égard des Femmes (AMVER) / Centre d'écoute et d'orientation juridique pour femmes victimes de violence
37 rue Abderrahmane Sahrouti, 5^e ét. apt: n°6, L'unitania, CASABLANCA
Tel: 05 22 26 86 67

Association Ain El Ghazal 2000
Centre Social pour la Femme, bd, Allal El fassi Dhar Lamahalla Lazaref, OUJDA
Tel: 05 36 74 67 12 / 05 36 74 47 12

Association Ennakhil (AE)
Lot, Achraf, opération Al Manar près de Marjane, route de Casa, MARRAKECH
Tel: 05 24 29 03 59 / 05 24 30 67 69 / 05 24 33 14 31

♦ Protection des Enfants

Caritas Maroc Rabat/Tanger (aides sociales/alimentaires/médicales)
3 rue Al Affane, Aviation, RABAT Tel : 05 37 75 91 69
Sidi Bouabid, 55, B.P. 2116 90000, TANGER Tel: 05 39 93 63 82

♦ Protection des Droits de l'Homme pour des Migrants

Le Groupe Antiraciste de Défense et d'Accompagnement des Etrangers et Migrants (GADAM)
54 avenue de Franco, appartement 3, Agdal, RABAT Tel: 05 37 77 10 94

Conseil National des Droits de l'Homme (CNDH)
Avenue Rlad, Hay Riad, RABAT Tel: 05 37 34 00 00

Commission Régionale des Droits de l'Homme (CRDH)
23 rue Bourid, Roches Noires, CASABLANCA Tel: 05 22 40 03 99
63 bd. Mohammed VI, Al Massira, OUJDA Tel: 05 36 71 25 72
10 avenue Allal Ben Abdallah, Résidence El Menara, 5^{ème} étage, 55-54, FES
Tel: 05 35 62 02 50
Rue Ibrahim Ouhmane, Villa N.5, Hay Youssef Ibn Tachfine, Gueliz, MARRAKECH
Tel: 05 24 42 05 87

Comité de Défense des Droits Humains (CDDH) (accompagnement légal)
77 bd. Zerikouni, 40000 MARRAKECH Tel: 44 43-44-27/43-58-80

♦ Retour dans votre pays d'origine

Organisation Internationale pour les Migrations (OIM)
11 rue Al Oufir, « Pinède » Souissi, RABAT Tel: 05 37 65 28 81

♦ Recherche familiale

Comité International de la Croix-Rouge (CICR) Maroc
35 rue Al Kaladi, Agdal, 10090, RABAT Tel: 05 37 75 05 51