



Approches Tenant Compte Des Traumatismes

Comprendre les traumatismes

Un événement traumatique peut être défini comme une exposition à la mort, une menace de mort, une blessure grave réelle ou une menace de blessure grave, ou une violence sexuelle réelle ou une menace de violence sexuelle. Ces événements ne sont pas tous vécus de la même manière et peuvent entraîner des réactions émotionnelles et physiques différentes chez les survivants-es. Bien que ces sentiments soient normaux, certaines personnes rencontrent des difficultés à y faire face, ce qui peut influencer la façon dont elles vivent et naviguent dans leur environnement physique et social.



Le traumatisme lui-même se définit comme une réponse émotionnelle à un événement effroyable. Il peut s'agir de réactions à long terme pouvant inclure des émotions imprévisibles, des flashbacks, des relations tendues et des symptômes physiques comme des maux de tête ou des nausées.

Bien qu'il existe diverses théories sur les effets du traumatisme ainsi que sur les variations entre les individus, la littérature suggère que le trauma peut avoir un impact neurobiologique sur la fonction, la structure et la biochimie du cerveau. Par exemple, l'apprentissage et la mémoire anormaux de la peur est une question bien étudiée liée aux expériences de traumatisme et au syndrome de stress post-traumatique. Souvent, cela se manifeste par une surgénéralisation par le cerveau des associations de peur issues de l'événement traumatique à des expériences ultérieures où il n'y a pas de menace. Pour d'autres, cela peut se traduire par des réactions comportementales ou émotionnelles apparemment disproportionnées face à un événement. Parmi les autres effets neurobiologiques potentiels du traumatisme, citons l'hyperactivation de l'amygdale, le centre émotionnel du cerveau, et la sous-activation des régions préfrontales associées à la régulation des émotions. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une liste exhaustive des effets neurobiologiques potentiels du traumatisme, ces exemples illustrent l'impact profond que les expériences traumatiques peuvent avoir sur le cerveau et la raison pour laquelle il peut être très difficile pour les individus de contrôler les réponses comportementales basées sur les traumatismes. C'est particulièrement le cas s'ils n'ont pas eu accès à un traitement et/ou s'ils continuent à vivre dans des environnements déclencheurs.

Les expériences de traumatisme peuvent également entraîner des problèmes physiques. Les survivants-es peuvent présenter des symptômes chroniques ou aigus tels que, mais sans s'y limiter :

- des problèmes gastro-intestinaux
- des maux de tête
- des douleurs musculaires et corporelles
- des changements dans les habitudes alimentaires
- des troubles du sommeil
- des étourdissements ou de la désorientation

Un-e survivant-e peut avoir des crises de panique et des malaises physiques, et être incapable de faire face à certains environnements déclencheurs. L'usure du corps en réponse à des cycles de stress répétés peut également entraîner des problèmes de santé mentale à long terme, intensifiant les réponses existantes au traumatisme.

Bien que la plupart des prestataires de services connaissent le syndrome de stress post-traumatique, les réactions/symptômes courants liés aux traumatismes qui ne font pas l'objet d'un diagnostic officiel de syndrome de stress post-traumatique sont moins bien connus. Il est important que les prestataires de services soient conscients de ces réactions, car elles peuvent souvent nuire à l'établissement d'un rapport dans une relation de travail.

Les personnes ayant vécu un traumatisme peuvent réagir de différentes manières, mais des points communs existent. La Substance Abuse and Mental Health Service Administration classe ces réactions en six grandes catégories : émotionnelle, physique, cognitive, comportementale, sociale et développementale.

Du point de vue des prestataires de services, nous pouvons remarquer chez nos clients-es une dysrégulation émotionnelle plus fréquente, et ils ou elles peuvent faire preuve d'un « engourdissement », c'est-à-dire d'une absence de toute émotion. Cela peut se manifester par des réactions souvent « excessives » aux déclencheurs

émotionnels ou par des réactions « insuffisantes ». La somatisation, la tendance à exprimer ses émotions par le biais du corps physique, peut être un symptôme physique courant. Elle se manifeste par des plaintes fréquentes ou constantes de troubles physiques, sans cause biologique. Les symptômes comportementaux sont plus souvent remarqués, et identifiés comme problématiques, par les prestataires de services. L'évitement en est un exemple courant. Les personnes qui ont subi un traumatisme peuvent avoir recours à l'évitement pour éviter que des sentiments ou des souvenirs désagréables ne refassent surface. Cela s'observe souvent chez les personnes qui manquent fréquemment des rendez-vous ou évitent certaines tâches ou certains devoirs bien qu'elles soient conscientes de leur importance.

Toutes ces réponses aux traumatismes énumérées ci-dessus peuvent provoquer une discordance entre un prestataire de services et un-e utilisateur-trice de services si le prestataire ne comprend pas qu'il s'agit de réponses aux traumatismes, et non pas de « comportements ».

Il est également important de reconnaître que la compréhension biomédicale et psychologique du traumatisme coexiste avec d'autres définitions culturelles et/ou spirituelles du traumatisme. Par conséquent, la façon dont le traumatisme est défini et vécu varie selon les cultures.

Qu'est-ce qu'une approche tenant compte des traumatismes ?

Il est important de noter que les approches tenant compte des traumatismes diffèrent des approches spécifiques aux traumatismes. Les approches spécifiques aux traumatismes sont réservées aux organisations ou agences qui s'occupent de la résolution spécifique des symptômes des traumatismes. Cela signifie que les interventions utilisées seront ciblées sur le traitement du traumatisme réel et des symptômes associés. Dans un cadre spécifique aux traumatismes, l'utilisateur-trice du service discutera de l'événement traumatique avec un prestataire de services explicitement formé aux interventions centrées sur les traumatismes.

Dans le cadre d'une approche tenant compte des traumatismes, les prestataires de services sont censés connaître l'impact que les traumatismes peuvent avoir sur les individus, en dehors du diagnostic de syndrome de stress post-traumatique. Ces prestataires de services ne traiteront pas le traumatisme ou les symptômes du traumatisme, mais ils doivent rester conscients et sensibles à ces réponses dans le cadre de leur prestation de services. Il existe quatre grands principes dans l'approche tenant compte des traumatismes. Il s'agit des principes suivants :

1. Normaliser et valider les expériences et les sentiments des clients-es
2. Aider les clients-es à comprendre comment leurs traumatismes passés peuvent avoir un impact émotionnel sur eux-elles
3. Donner aux clients-es les moyens d'apprendre à mieux gérer leurs symptômes et à mener une vie positive
4. Aider les clients-es à comprendre comment les défis actuels sont influencés par les traumatismes passés

En adoptant une approche tenant compte des traumatismes telle que décrite ci-dessus, les prestataires de services sont prêts à offrir un espace sûr et habilitant pour un large éventail d'expériences traumatiques. En particulier lorsqu'il s'agit de survivants-es de violences sexuelles, on a parfois tendance à se concentrer sur les déclencheurs communs à ce groupe. S'il peut être utile de comprendre certains déclencheurs communs, cela peut aussi conduire à faire des suppositions sur les personnes que vous soutenez. Certaines personnes avec lesquelles vous travaillez peuvent avoir des traumatismes et des déclencheurs liés à des situations ou des choses qui vous semblent bénignes. D'autres peuvent avoir des traumatismes supplémentaires en dehors de leur expérience de la violence sexuelle. S'il est impossible de connaître tous les traumatismes, tous les déclencheurs possibles ou de comprendre parfaitement le point de vue de chaque personne, l'approche tenant compte des traumatismes nous aide à faire preuve de sensibilité, à ne pas porter de jugement et à encourager les personnes que nous soutenons.

Mise en œuvre

La liste de contrôle suivante peut vous aider à mettre en place des approches tenant compte des traumatismes dans votre propre bureau :

- Reconnaître les causes du traumatisme sans demander de détails au ou à la client-e
- Ne portez pas de jugement sur la façon dont le ou la client-e s'est adapté-e à la situation
- Permettez au ou à la client-e de contrôler le processus, en sollicitant souvent une rétroaction
- Fournissez des informations claires et des attentes cohérentes concernant vos services et programmes
- Validez les réactions du ou de la client-e au traumatisme
- Donnez au ou à la client-e de nombreuses occasions de s'exercer à faire des choix pour lui-même ou elle-même
- Reconnaissez les façons dont la violence sexuelle s'entrecroise avec d'autres systèmes d'oppression
- Développez des outils pour calmer et ancrer le ou la client-e en cas d'éléments déclencheurs ou de flashbacks
- Préservez votre propre système nerveux lorsque vous interagissez avec le ou la client-e
- Ne touchez pas le ou la client-e sans l'avertir et sans sa permission
- Utilisez les bons pronoms du ou de la client-e et soyez ouvert aux changements voulus par le ou la survivant-e sur son identité
- Minimisez les différences de pouvoir entre vous et le ou la client-e
- Reconnaissez les forces et les talents du ou de la client-e
- Encouragez les clients-es à se faire accompagner par une personne de confiance lors de leurs rendez-vous, mais ne les forcez pas à le faire
- Offrez un espace au ou à la client-e pour qu'il ou elle puisse s'exprimer ouvertement
- Donnez au ou à la client-e la possibilité de s'exprimer dans sa langue maternelle, si possible
- Effectuez un audit de votre bureau afin de minimiser les risques de re-traumatisme pour le ou la client-e
- Orientez le ou la client-e vers des services spécialisés dans les traumatismes, si nécessaire

Prendre soin de soi pour les prestataires de services

Le traumatisme vicariant, également appelé stress traumatique secondaire, fatigue de la compassion et stress lié à un incident critique, est l'exposition aux détails graphiques des expériences traumatiques d'autres personnes et aux symptômes de stress post-traumatique de ces personnes, ce qui a un impact sur la personne à l'écoute au fil du temps. Les symptômes du traumatisme peuvent apparaître chez une personne même si elle n'a pas vécu directement l'événement traumatique. Les personnes susceptibles de subir un traumatisme indirect peuvent inclure, sans s'y limiter, les conseillers-ères, les personnes de soutien, les thérapeutes et les aides, et elles peuvent y être confrontées lors d'expériences telles que l'écoute de clients-es individuels-les qui racontent leur victimisation, le visionnage de vidéos de violence, l'examen de dossiers, et l'écoute ou la réaction aux conséquences de la violence et d'autres événements traumatiques jour après jour.



En tant que prestataires de services avec une approche tenant compte des traumatismes, il est extrêmement important de reconnaître l'importance de prendre soin de soi. Les études montrent qu'il existe une forte corrélation entre le manque d'autosoins et le risque accru d'usure de compassion et d'épuisement professionnel, ce qui compromet la qualité des soins prodigués aux personnes que nous servons. Bien que l'autosoins puisse avoir une signification différente pour chacun-e, il est important pour les prestataires de services d'explorer le concept et de trouver des moyens de soulager le stress afin de prévenir l'usure de compassion.

Comme cela a été abordé dans la trousse d'outils sur l'intervention en matière de violence sexuelle, l'intersectionnalité et la compréhension de l'influence des formes systémiques d'oppression dans le travail d'intervention en matière de violence sexuelle sont cruciales. Cependant, cette discussion est également importante dans la façon dont nous conceptualisons les « autosoins » en tant qu'individus qui s'efforcent de créer des espaces tenant compte des traumatismes. La culture traditionnelle du bien-être n'échappe pas à l'influence de la société capitaliste et coloniale dans laquelle nous vivons. Souvent, les campagnes d'autosoins conventionnelles mettent en avant des activités individualistes, basées sur la consommation, comme le fait de profiter de produits de bain luxueux ou d'acheter un abonnement coûteux à un centre de conditionnement. Cela ne veut pas dire qu'il y a quelque chose d'intrinsèquement mauvais à profiter de ces activités si elles vous sont accessibles, mais l'autosoins ne doit pas nécessairement être une marchandise et il peut aussi avoir une composante communautaire. En fait, le mouvement de « prendre soin de soi » dans la population en général, en dehors de la médecine, a été mobilisé par les militants des droits civiques des années 1960 au sein du Black Panther Party pour encourager les soins individuels et collectifs.

Cette forme d'autosoins est parfois appelée « autosoins radicaux » et ce concept a été discuté par des personnalités comme Angela Davis et Audre Lorde dans son essai *Uses of the Erotic : The Erotic as Power*. Si l'autosoins non marchandisé et inclusif dans la communauté a et continue d'avoir une signification particulière pour les groupes de défense de l'équité et les communautés militantes, ce type d'autosoins peut être adopté par tout le monde. La clé est de reconnaître que l'autosoins peut être tout ce qui vous permet de cultiver une relation significative avec vous-même et votre communauté. En pratique, cela peut signifier beaucoup de choses, comme partager un repas avec des amis, contribuer à l'aide mutuelle, se connecter à la nature, ou vraiment ne rien faire sans chercher à l'expliquer ou à le justifier. Le repos n'a pas besoin d'être « gagné » ou considéré comme une stratégie pour être plus productif-ive plus tard. Si vous occupez un poste de direction, il peut être utile de vous demander comment vous pouvez promouvoir l'autosoins en tant qu'acte personnel et collectif sur votre lieu de travail et comment cela peut se traduire dans votre travail de soutien aux survivants-es.

Références

- ¹ 12 Elements of Trauma-Informed Care. (n.d.). The Breathe Network. <http://www.thebreathenetwork.org/wp-content/uploads/TheBreatheNetwork-checklist-for-trauma-informed-care.pdf>
- ² AFROPUNK. (17 décembre 2018). Radical self-care: Angela Davis [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=Q1cHoL4vaBs>
- ³ Bremner, J. D., Vermetten, E., Schmahl, C., Vaccarino, V., Vythilingam, M., Afzal, N., ... & Charney, D. S. (2005). Positron emission tomographic imaging of neural correlates of a fear acquisition and extinction paradigm in women with childhood sexual-abuse-related post-traumatic stress disorder. *Psychological medicine*, 35(6), 791-806. doi:10.1017/S0033291704003290
- ⁴ Brian Cavanaugh; 2016. Trauma-Informed Classrooms and Schools. <https://doi.org/10.1177%2F107429561602500206>
- ⁵ Center for Substance Abuse Treatment (US). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2014. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 57.) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/?report=printable>
- ⁶ Eromosele, A. (10 novembre 2020). There is no self-care without community care. Unite for Reproductive & Gender Equity (URGE). <https://urge.org/there-is-no-self-care-without-community-care/>
- ⁷ Fani, N., Tone, E. B., Phifer, J., Norrholm, S. D., Bradley, B., Ressler, K. J., ... & Jovanovic, T. (2012). Attention bias toward threat is associated with exaggerated fear expression and impaired extinction in PTSD. *Psychological medicine*, 42(3), 533-543. doi:10.1017/S0033291711001565
- ⁸ Government of Canada. (2 février 2018). Trauma and violence-informed approaches to policy and practice. Canada.ca. Retrieved June 10, 2022, from <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/health-risks-safety/trauma-violence-informed-approaches-policy-practice.html>
- ⁹ Harnett, N. G., Goodman, A. M., & Knight, D. C. (2020). PTSD-related neuroimaging abnormalities in brain function, structure, and biochemistry. *Experimental neurology*, 330, 113331. doi: 10.1016/j.expneurol.2020.113331
- ¹⁰ Hayes, J. P., Hayes, S. M., & Mikedis, A. M. (2012). Quantitative meta-analysis of neural activity in posttraumatic stress disorder. *Biology of mood & anxiety disorders*, 2(1), 1-13. doi: 10.1186/2045-5380-2-9
- ¹¹ Knight, C. Trauma-Informed Social Work Practice: Practice Considerations and Challenges. *Clin Soc Work J* 43, 25–37 (2015). <https://doi.org/10.1007/s10615-014-0481-6>
- ¹² Lee JJ, Miller SE. A Self-Care Framework for Social Workers: Building a Strong Foundation for Practice. *Families in Society*. 2013;94(2):96-103. doi:10.1606/1044-3894.4289
- ¹³ Lorde, A. *Uses of the erotic: The erotic as power*. New York: Out, 1978.
Alexander C. McFarlane; 2010. The long-term cost of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00254.x
- ¹⁴ Nicholson, A. A., Rabellino, D., Densmore, M., Frewen, P. A., Paret, C., Klutsch, R., ... & Lanius, R. A. (2017). The neurobiology of emotion regulation in posttraumatic stress disorder: Amygdala downregulation via real-time fMRI neurofeedback. *Human Brain Mapping*, 38(1), 541-560. doi: 10.1186/2045-5380-2-9
- ¹⁵ Shalka TR. Toward a Trauma-Informed Practice: What Educators Need to Know. *About Campus*. 2015;20(5):21-27. doi:10.1002/abc.21217
Rolf J. Kleber; 2019. Trauma and Public Mental Health: A Focused Review. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6603306/>
- ¹⁶ Sprang, G., Ford, J., Kerig, P., & Bride, B. (2019). Defining secondary traumatic stress and developing targeted assessments and interventions: Lessons learned from research and leading experts. *Traumatology*, 25(2), 72–81. <https://doi.org/10.1037/trm0000180>
- ¹⁷ Tesema, M. (23 juillet 2020). How You Can Honor the Radical History of Self-Care. Shine. <https://advice.theshineapp.com/articles/how-you-can-honor-the-radical-history-of-self-care/>
- ¹⁸ Urquhart, C., & Jasiura, F. (2013). Trauma-Informed Practice Guide. BC Centre of Excellence for Women's Health. https://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf