

Penser les traumatismes liés aux soins

Les soignants doivent veiller à déployer des soins qui ne réactivent pas les traumatismes vécus par la plupart des personnes vivant avec des troubles psychiatriques. C'est le modèle mis en œuvre par l'équipe de psychiatrie de Buffalo.

Nous avons tous connu des moments difficiles que nous avons parfois dépassés ou avec lesquels nous avons appris à vivre. Mais certains nous hantent particulièrement au point de redouter les situations qui nous les rappellent, ou d'éviter de côtoyer telle ou telle personne. Cela est particulièrement vrai pour les personnes qui vivent avec des troubles psychiatriques. Elles ont en effet la plupart du temps subi des violences physiques ou sexuelles au cours de leur vie (parcours de migration, de rue), notamment parce qu'elles ont pu être des proies faciles (femmes toxicomanes) (Jauffret-Roustide et al., 2008). Il se peut par ailleurs que leurs problèmes psychiatriques découlent directement d'abus subis dans l'enfance. Pour autant, au moment de leur prise en soins, le plus souvent, ces traumatismes passés ne sont pas explorés.

LE MODÈLE DE BUFFALO

Ce qui guide l'équipe de psychiatrie de Buffalo (État de New York) et oriente son modèle de soins (Harris, Fallot, 2001), c'est le principe que toutes les personnes qui consultent sont concernées par des traumatismes et que la moindre des choses est de veiller à ne pas souffler sur leurs braises, à ne pas réactiver leurs traumatismes par des comportements, des paroles, auxquels elles sont devenues particulièrement sensibles. C'est en particulier le cas pour les atteintes à leur dignité, point commun de leurs traumatismes.

Olivia GROSS

Titulaire de la Chaire de recherches sur l'engagement des patients (LEPS UR 3412), Université Sorbonne Paris Nord.

Dans la lignée de F. Tosquelles (2006), pour qui il importe de soigner les institutions plus que les personnes psychiquement atteintes, la première chose à faire, selon le modèle de Buffalo, c'est de traquer tous les comportements, toutes les postures professionnelles qui heurtent la dignité des personnes en confondant bienfaisance et infantilisation, intérêt et intrusion, soins et coercition.

Dès lors, ces soins, « orientés par la non-réactivation des traumatismes », ont pour philosophie de considérer qu'une personne n'est pas inadaptée ou que ses craintes sont exagérées, mais de se demander plutôt ce qui lui est arrivé qui explique ses réactions. Il s'agit surtout de veiller à sa sécurité (physique et émotionnelle), de lui donner le maximum de choix, d'instaurer des pratiques collaboratives, de rechercher une atmosphère de confiance et de promouvoir son autonomie.

Cela engage à prendre en compte sa parole, sans surinterprétation, ainsi que ses préférences. Il s'agit, afin de ne pas réactiver ses traumatismes, d'explicitier toutes les idées sous-jacentes aux propositions qui lui sont faites, en offrant différentes options et en précisant qu'elle peut les refuser. De plus, cela exige que les règles en vigueur dans les organisations soient connues et équitables et, autant que possible, qu'elles aient été élaborées avec celles et ceux qui vont les suivre.

Surtout, il s'agit de veiller à ne pas mettre en œuvre des procédures ou des modalités relationnelles qui vont la heurter (voir tableau) parce qu'elle la renvoie à des émotions particulièrement douloureuses qu'elle a ressentie à maintes reprises dans sa vie, à chaque fois qu'elle n'a pas eu voix au chapitre, n'a pas été crue, n'a pas été respectée, a mis sa confiance dans de mauvaises mains, a été abusée, maltraitée, ne s'est pas sentie en sécurité. Ce modèle conduit ainsi à analyser les pratiques de soins et d'accompagnement

Procédures nuisibles (1)

- Devoir continuellement répéter son histoire
- Être traité comme un numéro
- Devoir se déshabiller
- Porter une étiquette (toxicomane, schizophrène...)
- Ne pas avoir le choix du service ou du traitement
- Ne pas pouvoir donner un avis sur leur expérience de la prestation de services.

Relations qui risquent de réactiver les traumatismes

- Ne pas être vu/entendu
- Trahir la confiance des personnes
- Ne pas garantir leur sécurité émotionnelle
- Prodiguer des soins non collaboratifs
- Faire les choses « pour » les personnes plutôt qu'avec elles
- Utiliser des traitements punitifs, de pratiques coercitives, un langage despotique

au prisme de ce qu'elles peuvent provoquer chez des personnes devenues intolérantes à des faits qui pourraient en laisser d'autres indifférents. Tous les patients en psychiatrie sont concernés, tant ils ont pu souffrir d'abus dans leur vie. Mais surtout, il ne s'agit pas tant de soigner leurs traumatismes que de veiller à ne pas les réactiver, ce qui suppose de repérer tout ce qui est susceptible de le faire...

1 – Tableau réalisé par l'Institut sur les traumatismes et sur les soins orientés sur leur non-réactivation, traduit par l'auteur, à retrouver sur : <https://socialwork.buffalo.edu>

BIBLIOGRAPHIE

- Harris, M. et Fallot, R. D. (Eds.) (2001). *Using Trauma Theory to Design Service Systems. New Directions for Mental Health Services. San Francisco: Jossey-Bass.*
- Jauffret-Roustide M, Oudaya L, et al. *Trajectoires de vie et prises de risques chez les femmes usagères de drogues, Médecine/Science 2008; 2(24), mars: 111-121.*
- Tosquelles, F. (2006). *Éducation et psychothérapie institutionnelle, Nîmes: Champ Social.*