



1

Introduction

Comme intervenants au Nunavik, vous devez souvent faire face à des situations traumatiques.

Les Inuit, en raison de la colonisation et de ses conséquences, doivent composer avec plusieurs traumatismes et ce, de manière continue.

But de la présentation : Comprendre ce qu'est un traumatisme, faire des liens entre la colonisation et les traumatismes, survol de l'approche informée par le trauma et suggestions d'intervention auprès des enfants, des adolescents et des adultes.

Mettre en relief les stratégies mises en place par les Inuit pour affronter les traumas et leur capacité d'agentivité.



2

Qu'est-ce qu'un traumatisme

(International Society for the Study of Trauma and Dissociation
Herman JL. 1997)

Un trauma est un événement qui excède la capacité d'adaptation d'une personne. Il peut survenir pendant l'enfance ou plus tard dans la vie (ex : une agression, de la négligence, une séparation, avoir été témoin de violence, un accident, une perte inattendue et soudaine ou un autre événement incontrôlable)

Une exposition prolongée à des événements répétitifs ou graves, comme la maltraitance des enfants, est susceptible de provoquer les effets les plus graves et les plus durables.

La traumatisation peut provenir de la négligence, qui est l'absence de soins physiques ou émotionnels essentiels, en particulier chez les enfants.

La violence interpersonnelle tend à être plus traumatisante que les catastrophes naturelles parce qu'elle perturbe davantage notre sentiment fondamental de confiance et d'attachement, et parce qu'elle est généralement vécue comme intentionnelle plutôt que comme un « accident » de la nature.

3

Conséquences du traumatisme

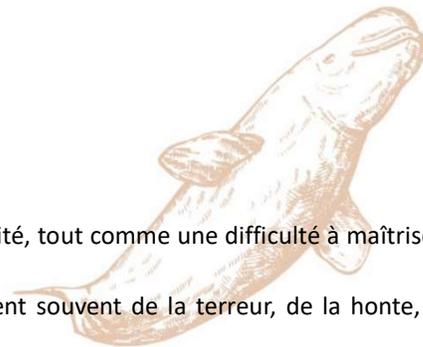
Le traumatisme est envahissant. Il bouleverse la vie, surtout chez les personnes exposées à de nombreux événements traumatiques, à des épisodes répétés d'abus ou à un abus prolongé. Il affecte notre capacité d'adaptation et peut avoir des effets aux niveaux :

- Physique;
- Émotionnel;
- Intellectuel;
- Spirituel.

Le traumatisme peut générer un sentiment d'insécurité, tout comme une difficulté à maîtriser ses émotions et à interagir avec les autres.

Les personnes qui ont subi un traumatisme éprouvent souvent de la terreur, de la honte, de la détresse et de l'impuissance.

Même l'expérience d'un seul épisode traumatique peut avoir des répercussions très difficiles sur la personne concernée.



4

Réactions aux traumatismes

(Hopper, 2009)

Réactions plus immédiates

- Activation des réactions de survie:
 - Combattre
 - Fuir
 - Se figer
 - Se soumettre
- Arrêt des tâches non essentielles;
- La pensée rationnelle est moins possible à ce moment-là.

Réactions à plus long terme

Une exposition prolongée à un traumatisme et/ou à des événements traumatiques répétitifs peut:

- Endommager le « système d'alarme » naturel d'une personne;
- Créer des réponses émotionnelles et physiques au stress;
- Entraîner un engourdissement émotionnel et un évitement psychologique;
- Affecter le sentiment de sécurité d'une personne;
- Diminuer la capacité d'une personne à faire confiance aux autres.

5

Réactions aux traumatismes

(Hopper, 2009)

Signes d'une adaptation « normale »:

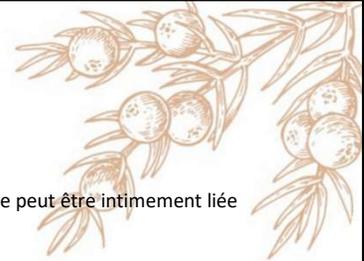
- capacité à se mobiliser;
- perception réaliste de la situation;
- utilisation appropriée des ressources d'aide (attention ici! Colonialisme. La réaction à l'offre d'aide peut être intimement liée au passé...et présent);
- capacité à exprimer sa souffrance;
- reconnaissance de la douleur sans manifestation obsessionnelle ou pathologique;
- capacité de composer avec l'incertitude (une force chez les Inuit!);
- reconnaissance et acceptation de sa dépendance temporaire à l'égard de certains de ses besoins de bases.

Réactions négatives

- déni, évitement, retrait social;
- perception erronée de l'évènement;
- réaction impulsive;
- idée de vengeance ou recherche d'un bouc émissaire;
- absence d'empathie;
- incapacité à continuer les tâches quotidiennes;
- abus de substance.

Il est important de se demander si la personne a de l'espace et les opportunités pour exprimer ses émotions. Les personnes peuvent être en mode survie et ne pas avoir l'espace nécessaire ou ne pas sentir qu'elles ont « le droit » d'exprimer leurs émotions (à faire particulièrement attention avec les enfants).

- Il est particulièrement intéressant dans ces moments d'offrir des moyens alternatifs à la parole pour exprimer les émotions : dessins, arts, danse, etc.



6

Le TSPT

(APA, 2000; Cook et al. 2005; Herman JL. 1992)

Les termes « traumatisme » et « trouble de stress post-traumatique » (TSPT) sont souvent, à tort, utilisés de façon interchangeable.

- Le traumatisme est à la fois un événement et une réaction à un événement (à un trauma);
- Le TSPT est un exemple de trouble survenant parfois à la suite d'un traumatisme;
- Le trouble dure plus d'un mois.

Les réactions suivantes à un traumatisme/événement traumatique sont des composantes du TSPT :

- Hyperexcitation: nervosité, sursaut, rapidité à sursauter. Impression que l'évènement va se reproduire de nouveau. Hallucinations, *flashbacks*, dissociation;
- Ré-expérience: images, sensations, rêves, souvenirs intrusifs. Souvenirs répétitifs et envahissants. Rêves répétitifs;
- Évitement et retrait: sentiment d'engourdissement, de fermeture ou de séparation de la vie normale; éloignement des relations et/ou des activités; évitement des choses qui déclenchent des souvenirs du ou des traumatismes. Éviter certaines discussions, certains lieux, etc. Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.

Chez les enfants, un comportement désorganisé, irritable ou agité peut remplacer ces comportements.

- Les petits sentent souvent les émotions de leurs parents et y réagissent.

7

Traumatisme historique

(Brave Heart, &. Debruyne, 1998; Carter, 2007; Duran & Duran, 1995; ITK, 2014; Gone et coll., 2019; Haskell et Randall, 2009; Wesley-Esquimaux et Smolewski, 2004; Yellow House Brave Heart, 2003)

Introduit à l'origine pour décrire les expériences des enfants des survivants de l'Holocauste, le terme de traumatisme historique est désormais appliqué à de multiples populations qui ont été historiquement marginalisées au sein d'une société.

Cette notion décrit, contextualise et explique les taux excessivement élevés de détresse psychologique et les disparités en matière de santé parmi les populations autochtones.

- Le traumatisme historique se distingue par l'importance qu'il accorde à l'adversité ancestrale transmise de manière intergénérationnelle et qui compromet le bien-être des descendants;
- Les effets des traumatismes causés par la colonisation, ainsi que les nombreux changements (culturel, économique, social) auxquels ont dû faire face les Inuit en moins de cinquante ans, ont eu d'importantes conséquences sur leur bien-être et leur santé mentale;
- Les conséquences de ces traumatismes comprennent notamment les pensées suicidaires, l'abus de substances (qui vient aussi pallier d'importantes lacunes sur le plan des services en santé mentale), l'anxiété et la dépression, la baisse d'estime personnelle et collective, et les émotions confuses;
- Ces réactions suggèrent une non-résolution de la souffrance amenée par les traumatismes, qui peuvent parfois être incompris;
- En outre, l'incidence élevée des décès (notamment des morts violentes) expose les membres des communautés à des expériences traumatiques fréquentes et aux multiples deuils qui les accompagnent.

8



Les déterminants sociaux de la santé et les traumatismes

Mikkonen, J. (2010). *The Canadian facts*. Toronto, ON: York University School of Health Policy and Management

Avant d'entrer dans les concepts de trauma et de traumatisme, il est intéressant de s'attarder quelques instants aux déterminants sociaux de la santé qui ont un impact direct sur la santé des Inuit.

- Ascendance autochtone
- Handicap;
- Début de vie;
- Éducation;
- Emploi et conditions de travail;
- Sécurité alimentaire;
- Genre;
- Géographie;
- Services de soins de santé;
- Logement;
- Le statut d'immigrant;
- Le revenu et sa répartition;
- La race;
- Filet de sécurité sociale;
- Exclusion sociale;
- Non emploi et sécurité d'emploi.

Selon vous, lesquels sont importants à considérer en contexte autochtone?

9

Réponse

Selon vous, lesquels sont importants à considérer en contexte autochtone?

Le début de la vie, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, la sécurité alimentaire, les services de soins de santé, le logement, le revenu, le filet de sécurité sociale, l'exclusion sociale (tous les déterminants socio-économiques classiques) s'appliquent aux peuples autochtones (Smylie et Firestone, 2016, p.434).

L'oppression, le racisme, les soins de santé inadéquats et le faible statut socioéconomique, en plus des taux de mortalité élevés, mettent les peuples autochtones à un risque plus élevé d'exposition aux traumatismes. Ces traumatismes modernes se superposent aux traumatismes historiques et rendent plus difficile la résolution des deuils, ces derniers continuant donc bien souvent de se transmettre de génération en génération.

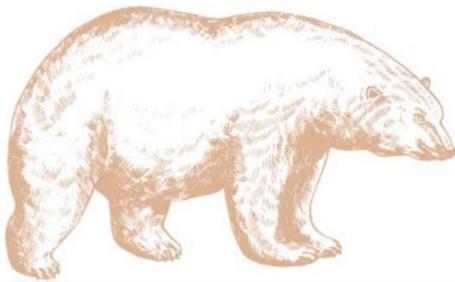
Dans l'ensemble, 42 % des Nunavimmiut ont estimé avoir été traités de façon injuste ou discriminatoire au moins quelques fois au cours des 12 mois précédant l'enquête *Qanuilirpitaa?* qui s'est déroulée en 2017. Les femmes l'ont signalé dans une plus grande proportion que les hommes (46 % contre 39 %).

10

Trauma intergénérationnel

(Menzies, 2010; Qanuulirpitaq, 2021; Yellow House Brave Heart, 2003)

Il s'agit de la passation (souvent de manière inconsciente) entre les générations d'un deuil, d'une perte, (d'un être cher, d'une culture, d'une manière de vivre, de pratiques, etc.) d'un traumatisme intergénérationnel et des traumatismes historiques vécus par les Premiers peuples. S'ils ne sont pas identifiés et traités (ou travaillés), la dépression, l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique et la consommation peuvent être des manifestations extérieures du traumatisme intergénérationnel et du deuil historique non résolu.



11

Comprendre la colonisation et l'impact sur les traumatismes

(Smylie & Firestone, 2016; de Leeuw et coll., 2010; Trout et coll., 2018)

La colonisation

Le colonialisme était à ses débuts le produit d'une répression systématique des croyances, idées, images, symboles ou connaissances spécifiques qui n'étaient pas utiles à la domination coloniale mondiale. Le colonialisme avait une visée de production ou encore d'appropriation des ressources. Par exemple, au Nunavik, on souhaitait affirmer la souveraineté canadienne dans le Nord en s'appropriant le territoire. Pour ce faire, il fallait également « transformer » les Inuit en « citoyens canadiens », les « civiliser ».

- Tuerie des chiens;
- Pensionnats autochtones;
- Relocations forcées;
- Séparation en raison des hospitalisations forcées au sud pour tuberculose.

Dans la dernière enquête *Qanuulirpitaq* 2017, 17 % des familles des participants n'auraient pas été directement affectées par l'un de ces événements traumatiques intergénérationnels, 22 % ont été affectées par l'un de ces événements, 34% par deux et 27% par les trois.

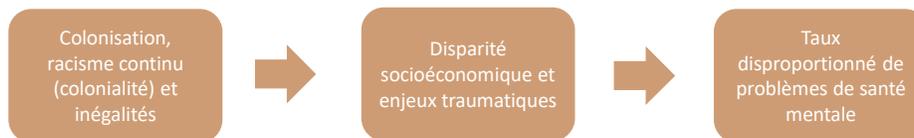
Une plus grande proportion de femmes âgées de 55 ans et plus a déclaré que leur famille avait été directement touchée par les trois événements traumatiques intergénérationnels (34%) par rapport aux femmes âgées de 16 à 30 ans (23%*).

12



La colonialité (Quijano, 2007)

- La notion de colonialité réfère aux structures politiques et économiques qui sont développées et maintenues par un groupe dominant, limitant ainsi la possibilité à d'autres groupes de déterminer leurs propres structures et paradigmes. Elle décrit l'installation de dynamiques de pouvoir, à l'instar d'autres notions comme celle de l'hégémonie biomédicale au sein des pratiques et des recherches en santé mentale, limitant l'existence d'autres visions plus holistiques privilégiées par les communautés autochtones (Healey et coll., 2016; Kimaryer et coll., 2011; Menzies, 2010; Paradies, 2016).
- À travers la colonialité, diverses formes de violences sociales, politiques et économiques sont commises de manière implicite au sein des structures. Certaines formes de savoirs et de pratiques sont imposées, effaçant les autres formes de savoirs.
- Sans le vouloir, que ce soit par notre rôle ou en raison de l'institution que nous représentons, nous pouvons reproduire des traumas ou des micro-agressions.
- La transmission intergénérationnelle du fardeau social peut entraîner des problèmes de santé mentale graves et chroniques qui peuvent se transmettre de génération en génération. (Reading, 2009)



13

Impact du trauma chez les 0-5 ans (Cloutier, Corbeil & Lamarche, 2002)

Caractéristiques	Réactions
<ul style="list-style-type: none"> • Expérience de vie court; • Imagination débordante; • Forte dépendance; • Imitation des comportements observés; • Peur d'être séparé de la famille/de la communauté; • Besoin d'être rassuré par une personne significative; • Besoin d'encadrement; • Difficulté à faire part de ses craintes et à verbaliser ses émotions (le dessin et le jeu sont ici de précieux outils!). 	Physiques <ul style="list-style-type: none"> • Maux de tête; • Vomissements; • Douleurs diverses.
	Cognitives <ul style="list-style-type: none"> • Confusion; • Perte d'intérêt; • Crainte des étrangers.
	Émotionnelles <ul style="list-style-type: none"> • Cauchemars et troubles du sommeil; • Terreurs nocturnes; • Agressivité; • Phobies; • Reviviscences; • Irritabilité; • Tristesse.
	Comportementales <ul style="list-style-type: none"> • Problème de propreté; • Énurésie; • Régression (sucrer son pouce); • Se cramponner aux parents.

14

Chez les 6-12 ans

(Cloutier, Corbeil & Lamarche, 2002)

Caractéristiques	Réactions
<ul style="list-style-type: none"> • Influence importante des parents; • Conscient d'un danger réel pour lui, sa famille et ses amis; • Davantage en mesure d'exprimer comment il se sent (attention, chaque enfant est différent). 	Physiques <ul style="list-style-type: none"> • Trouble du sommeil; • Diminution de l'appétit; • Énurésie; • Maux de tête; • Problèmes de vue ou d'ouïe.
	Cognitives <ul style="list-style-type: none"> • Perte d'intérêt (école, amis); • Difficultés de concentration.
	Émotionnelles <ul style="list-style-type: none"> • Peurs; • Agressivité et colère; • Reviviscences; • Irritabilité; • Deuil; • Désespoir, mélancolie; • Honte.
	Comportementales <ul style="list-style-type: none"> • Refus d'aller à l'école; • Pleurs; • Agitation; • Conflits; • Se cramponner aux parents.

15

13-17 ans

(Cloutier, Corbeil & Lamarche, 2002)

Caractéristiques	Réactions
<ul style="list-style-type: none"> • Oscille entre son rôle d'enfant et d'adulte; • Seuil de tolérance à la souffrance et la frustration peu élevé; • Grande période d'adaptation; • Impulsivité; • Place importante des amis; • Besoin de paraître compétent; • Tendance aux questionnements existentiels. 	Physiques <ul style="list-style-type: none"> • Maux de tête et d'estomac; • Insomnie; • Hypersomnie; • Diminution de l'appétit.
	Cognitives <ul style="list-style-type: none"> • Perte d'intérêt (école, amis); • Difficulté à faire des choix; • Idées suicidaires; • Confusion; • Anxiété.
	Émotionnelles <ul style="list-style-type: none"> • Tristesse; • Tension; • Ennui et solitude; • Sentiment dépressif; • Deuil.
	Comportementales <ul style="list-style-type: none"> • Isolement; • Comportements antisociaux, agressivité; • Absentéisme; • Fuite dans le sommeil; • Apathie; • Abus d'alcool et drogue.

16

Chez l'adulte

(Cloutier, Corbeil & Lamarche, 2002)

Caractéristiques	Réactions
<ul style="list-style-type: none"> • Sont autonomes et le demeureront après; • Ont des besoins affectifs et cognitifs à satisfaire; • Insécurité par rapport à l'évènement traumatique, à l'intensité de leurs réactions physiques et émotives, qu'ils considèrent souvent anormales; • Craintes face à la permanence de leurs réactions; • Sens des responsabilités à l'égard de leurs proches; • Oubli de soi-même. 	<p>Physiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maux de tête et d'estomac; • Trouble de sommeil; • Fatigue, apathie; • Diminution de la libido; • Diminution du système immunitaire.
	<p>Cognitives</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté/incapacité de concentration; • Difficulté à prendre des décisions; • Confusion; • Désorganisation; • Anxiété.
	<p>Émotionnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dénégation; • Sentiment d'impuissance; • Culpabilité; • Deuil; • Craintes que l'évènement se reproduire; • Dépression.
	<p>Comportementales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évitement; • Hyperactivation; • Repli sur soi; • Abus d'alcool, drogue; • Colère envers Dieu, famille, intervenants, autorités; • Parler sans arrêt.

17

L'approche informée par le traumatisme (*trauma informed approach*)

(Elliott, et coll, 2005; Hopper, 2017 : Harvey M. 1996)

Cette approche d'intervention thérapeutique donne la priorité au sentiment de sécurité, de choix et de contrôle de la personne, qui doit être établi avant d'ouvrir sur les traumatismes. Promeut une culture thérapeutique axée sur l'apprentissage et la collaboration.

- Cela veut dire que notre approche doit avant tout être humaine, **relationnelle** et égalitaire;
- La personne n'est pas forcée à révéler son passé traumatique. Il s'agit plutôt en fait d'offrir des services en reconnaissant le besoin de la personne de se sentir physiquement et émotionnellement en sécurité et de pouvoir choisir et contrôler son processus thérapeutique;
- On ne veut pas « guérir » le traumatisme mais plutôt aider la personne à comprendre le traumatisme et à transformer, au besoin, les formes que celui-ci peut prendre dans la vie de la personne, et aider cette dernière à reprendre une forme de contrôle.

On vise une réduction des méfaits, à supporter la personne et à permettre l'expression des émotions et du traumatisme.

18

L'approche informée par le traumatisme (*trauma informed approach*)

(Elliott, et coll, 2005; Hopper, 2017 : Harvey M. 1996)

Les principes :

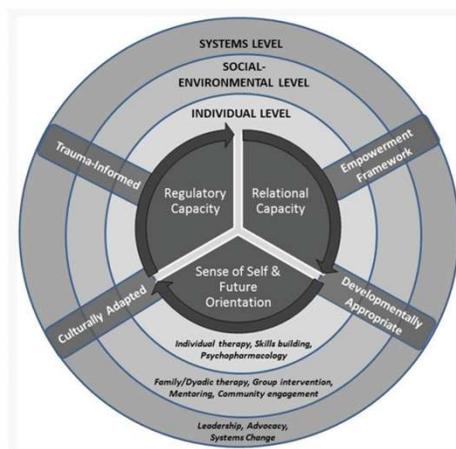
- Reconnaît que certaines des pratiques utilisées peuvent avoir un effet aggravant le traumatisme (ex : pratiques institutionnelles);
- Vise à éviter une nouvelle victimisation (ne pas surcharger d'émotions négatives);
- Reconnaît que de nombreux comportements problématiques ont commencé comme des tentatives compréhensibles d'adaptation;
- S'efforce de maximiser les choix de la personne et le contrôle du processus de guérison;
- Cherche à être culturellement sensible, adéquat et pertinent;
- Prend en compte le contexte des expériences de vie et le milieu culturel.

On ne peut pas ouvrir sur un traumatisme n'importe quand. La personne doit se sentir en sécurité. Il s'agit souvent de notre rôle lorsqu'on arrive sur une intervention « de crise » de mettre en place les mécanismes de sécurité, si ce n'est pas déjà fait, afin d'aider la personne à se sentir en sécurité.

19

L'approche informée par le traumatisme : une approche écologique

(Hopper, 2017 : The Multimodal Social Ecological (MSE) framework)



20

Comment intervenir

(Blaustein et Kinniburgh, 2010; Elliott, et coll, 2005; Herman, 1992)

La pratique sensible au traumatisme doit assurer la sécurité physique et affective des personnes qui reçoivent des services, car les survivants de traumatisme sont souvent vulnérables, sont susceptibles d'avoir vécu des violations de leurs limites et de l'abus de pouvoir, et peuvent se trouver dans une relation à risque. Un sentiment de sécurité et de confiance se crée de différentes façons, comme avoir des procédures d'admission accueillantes, explorer et adapter l'espace physique, donner de l'information claire sur les programmes, obtenir un consentement éclairé, élaborer des plans à déployer en cas de crise, et avoir des attentes prévisibles.

Les intervenants doivent chercher à communiquer ouvertement avec la personne, à rééquilibrer le rapport de force dans ses relations, à faciliter l'extériorisation de ses sentiments sans qu'elle craigne d'être jugée, à lui laisser choisir le mode de traitement qu'elle préfère et à collaborer avec elle.

Dans une approche sensible au traumatisme, on aide les personnes qui reçoivent des services à reconnaître leurs forces et à consolider leurs habiletés d'adaptation et de résilience en mettant l'accent sur l'enseignement et la démonstration d'aptitudes propices à l'identification de leurs éléments déclencheurs, et sur l'importance de rester calme, de trouver un équilibre et de vivre le moment présent.



21

Comment intervenir: Miser sur la résilience

(Blaustein et Kinniburg 2010; Hernandez et coll., 2007)

La résilience est la capacité des individus à faire face avec succès à des changements importants, à l'adversité ou au risque. Cette capacité évolue dans le temps et est renforcée par des facteurs de protection chez l'individu et dans l'environnement.

La résilience est un processus qui permet de s'adapter et de surmonter un traumatisme vécu.

Deux catégories de facteurs peuvent contribuer à la résilience chez l'enfant ou l'adolescent ayant vécu un traumatisme :

- 1- Les facteurs internes (tempérament, compétences spécifiques...)
- 2- Les facteurs externes ou contextuels (facteurs de protection familiaux et environnementaux)

Il faut les renforcer.

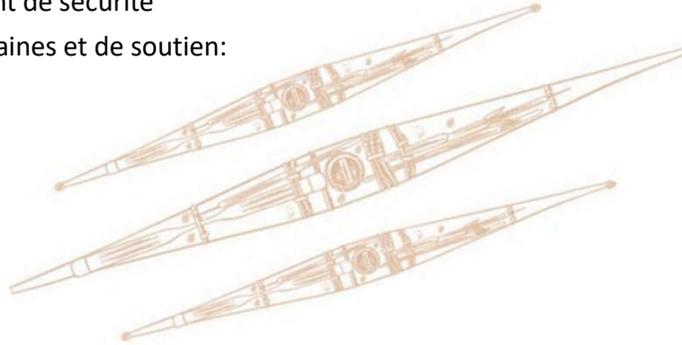
22

Comment intervenir (suite)

L'accent est mis sur la régulation des émotions et le développement de la capacité à s'apaiser.

Éducation sur le traumatisme et le processus de traitement.

- L'objectif principal est de faire en sorte que le patient reconnaisse, expérimente et normalise les émotions et les cognitions associées au traumatisme, à un rythme sûr et réaliste.
- Développement d'un sentiment de sécurité
- Développement de relations saines et de soutien:
 - Amitiés;
 - Intimité;
 - Spiritualité;



23

Reconnaitre les déclencheurs

(Blaustein et Kinniburg (2010))

Aider l'enfant et/ou le parent (dépendamment de l'âge de l'enfant) à reconnaître les « déclencheurs »

Les déclencheurs, c'est tout ce qui provoque une émotion, une cognition, une réaction physiologique ou un flashback chez l'enfant qui a vécu un événement traumatique et qui le ramène à une expérience traumatique antérieure.

L'enfant peut commencer à éviter les situations et stimuli associés pour lui au flashback.

Il peut réagir avec une intensité émotionnelle similaire à celle ressentie au moment du traumatisme.

Les déclencheurs peuvent être activés par un ou plusieurs des cinq sens: la vue, l'ouïe, le toucher, l'odorat et le goût.

Ces reviviscences peuvent survenir par exemple lors d'une situation de jeu (la sirène d'une petite auto ou un fusil jouet) ou de la vie quotidienne (par exemple, se faire coiffer), et rappeler inconsciemment un moment de violence ou d'abus vécu.

Les déclencheurs sont très personnels et aussi variés qu'il existe des expériences et des façons de les vivre.

24

Comment aborder les traumatismes avec les enfants

(Blaustein et Kinniburgh, 2010)

Ce ne sont pas tous les enfants ayant été exposés à des événements potentiellement traumatisants qui vont développer des symptômes traumatiques. Cependant, il demeure essentiel d'être le plus au fait possible des événements adverses qui ont marqué le parcours des enfants.

Se rappeler qu'il faut utiliser des mots simples et qu'il s'agit avant tout d'un travail d'accompagnement. Il ne faut pas brusquer l'enfant. Nous sommes là pour l'aider (ou aider le parent ou les deux) à faire « de l'ordre » dans ses émotions et sa tête.

Répondre aux besoins de sécurité et d'attachement de l'enfant : Routine, rituels, faire attention aux promesses.

Soutenir la régularisation des émotions : l'aider à se rendre compte de ses sensations corporelles, exprimer ses émotions (ce peut être par le dessin, ou autre).

Favoriser le développement des compétences : l'encourager à faire des activités, souligner ses accomplissements.

Guider l'enfant à pratiquer la démarche de résolution de problème

Soutenir l'intégration des expériences traumatiques : La visée ultime de l'intervention demeure de permettre à l'enfant de « digérer » en quelque sorte ce qu'il a vécu de traumatique et de s'en dégager le plus possible pour vivre plus harmonieusement.

Ne jamais insister pour que l'enfant parle de ce qu'il a vécu de traumatique dans sa famille, mais se préparer à être disponible s'il y fait allusion ou ouvre une porte.

25

Comment aborder les traumatismes avec les parents

Les parents vivant une situation pouvant occasionner des traumatismes peuvent avoir besoin d'être soutenus.

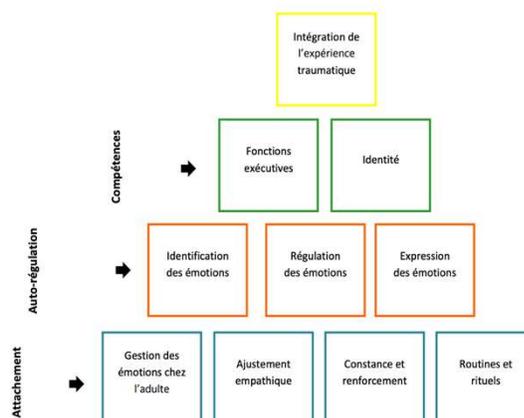
Se rappeler qu'ils peuvent eux-mêmes composer avec des traumatismes et qu'il est difficile de voir son enfant souffrir.

Le parent est la personne qui connaît le mieux son enfant.

Il ne faut pas les blâmer et plutôt leur offrir un espace pour qu'ils puissent s'exprimer.

Intervention similaire à celle avec les enfants.

Ce que nous venons d'aborder se retrouve dans le modèle ARC (**Attachment, self-regulation and competency**) de Blaustein et Kinniburgh (2010)



26

Lorsque l'on intervient sur une scène de trauma (tout de suite après un évènement traumatique)

Attitudes à adopter

- Amorcer le contact;
- Demeurer calme et rassurant (ton de voix, non-verbal, se placer dans un endroit visible et accessible);
- Se montrer compréhensif et réconfortant (attention, ne pas envahir les individus, s'adapter aux besoins du groupe. Cela veut parfois dire de ne rien faire et simplement être présent).

Des gestes simples à faire

- Se présenter et commencer à intervenir de manière informelle;
- S'assurer que les besoins de base sont répondus (chaleur, faim, hébergement, etc.);
- Réconforter les personnes anxieuses en prenant le temps de vous asseoir avec elles;
- Permettre l'expression des réactions et des émotions;
- Encourager la personne à nous raconter ce qu'elle vit de manière ouverte « racontez-moi ce qui vous est arrivé » afin d'aider la personne à rassembler ses idées. Ne pas interrompre;
- Aider la personne à comprendre la situation et les réactions qu'elle vit.

À éviter

- Secouer la personne ou lui parler fort pour la sortir de sa torpeur;
- Faire croire que les réactions sont anormales;
- Ordonner des choses;
- Dire « moi aussi j'ai déjà vécu cela »;
- Donner de fausses assurances : « tout va bien » ça va passer ».



27

Particularité en contexte autochtone

(Lewis-Fernández, Aggarwal, Hinton, Hinton and Kirmayer, 2016)

Avant tout, il est important de se rappeler que nous avons tous nos biais et s'assurer d'aller chercher :

- La définition culturelle du problème (**la leur, pas la vôtre! On ne veut pas surculturaliser**);
- La perception socio-culturelle de la cause, du contexte et du soutien;
- Les facteurs culturels affectant l'auto-gestion et la recherche d'aide passée;
- les facteurs culturels influant sur la recherche d'aide actuelle.

Éviter les stéréotypes (surculturalisation) et créer un environnement accueillant qui reconnaît et respecte l'impact des histoires et des traumatismes complexes des peuples autochtones. Les intervenants doivent reconnaître leurs propres préjugés à l'égard des Premiers peuples et savoir où ils en sont dans leur apprentissage et leur sensibilisation aux enjeux interculturels. Les intervenants qui font preuve d'ouverture et de curiosité à l'égard des personnes avec lesquelles ils travaillent peuvent atteindre une agilité et une sensibilité culturelles.

Encourager les patients à renouer avec leur culture et leur communauté – d'origine ou d'adoption - pour renforcer leur identité, leur résilience et leur estime de soi. Cela suppose de respecter leur désir de proximité ou de distance d'avec leur culture et leur communauté d'origine. Cela peut prévenir et protéger contre les symptômes de la maladie mentale, en particulier les problèmes de consommation de substances, la dépression et le TSPT.

Considérer utiliser les pratiques culturelles comme modalités de traitement primaire et complémentaire. Demander à vos collègues Inuit ce qui fait sens pour la population, tout en l'adaptant au cas par cas, selon les souhaits et les besoins de la personne concernée. Demeurer ouverts.

28

Le traumatisme vicariant chez l'intervenant et l'épuisement professionnel

(Brillon, 2013 ; Chrestman ; Phaneuf, 2007; Rothschild 2006)

Traumatisme vicariant : Comme intervenant nous sommes souvent témoins d'histoires de vie difficiles et souffrantes. Le fait d'entendre de façon répétée des histoires traumatiques (viols, suicides, violence conjugale, etc.), peut créer un traumatisme chez l'intervenant, qui peut alors réagir comme si les événements étaient les siens et ainsi souffrir de stress et d'anxiété.

S'imprégner d'une situation traumatisante vécue par un patient peut provoquer une excitation psychologique chez le soignant et le maintenir dans un état d'hypervigilance. L'intervenant peut ensuite chercher à s'isoler afin d'éviter tous les stimuli qui raviveraient le traumatisme.

L'épuisement professionnel (Phaneuf, 2007) provient surtout de la lourdeur de la charge de travail et des stresseurs organisationnels. Il s'agit d'une fatigue « vide » qu'un intervenant ressent lorsqu'il a l'impression de pas être reconnu et valorisé, alors qu'il a tout donné. L'épuisement professionnel amène une fatigue physique et émotionnelle et réduit la capacité d'écoute et d'empathie de l'intervenant.

Comment s'aider :

- Reconnaître le phénomène et les signes du traumatisme vicariant et de l'épuisement professionnel.
- Aller chercher de la formation : cela aide au sentiment de compétence et de confiance, et conséquemment, à la gestion et émotions. Ne pas chercher à être un expert si on sent que ça dépasse nos limites (un défi dans le Nord!)
- Prendre soin de soi : organiser son temps de travail, mettre des limites et partager les situations difficiles.



29

Bibliographie

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (4th ed., text rev.)*. Washington, D.C.: Author.
- Blaustein M, Kinniburgh K. Treating traumatic stress in children and adolescents: how to foster resilience through attachment, self-regulation, and competency (2010). New York: Guilford Press.
- Brillon, P. « Fatigue de compassion et trauma vicariant. Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse », *Psychologie Québec*, vol. 30, n° 3, mai 2013, p. 30-35.
- Chrestman, K. « Secondary exposure to trauma and self-reported distress among therapists », dans B. Stamm (s/là dir. de), *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers and Educators* (2e éd.), Lutherville (MD), The Sidran Press, 1995, p. 29-36.
- Carter, R. T. (2007). Racism and psychological and emotional injury: Recognizing and assessing race-based traumatic stress. *The Counseling Psychologist*, 35, 13-105.
- Cloutier, L., Corbeil, D. & Lamarche, G. (2002). *Guide d'interventions scolaires suite à une tragédie ou un sinistre*. Commission scolaire de la Rivière-Nord, janvier 2002. 86 pages.
- Cook A, Spinazzola J, Ford J, Lanktree C, et al. Complex trauma in children and adolescents (2005). *Psychiatr Ann*, 35(5):390-8.
- de Leeuw, S., Greenwood, M. et Cameron, E. (2010). Deviant constructions: How governments preserve colonial narratives of addictions and poor mental health to intervene into the lives of Indigenous children and families in Canada. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 8(2), 282-295.
- Durán, E., & Durán, B. (1995). *Native American postcolonial psychology*. SUNY Press
- Elliott, D. E., Bjelejac, P., Falloot, R. D., Markoff, L. S., & Reed, B. G. (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of community psychology*, 33(4), 461-477
- Fraser, S. L., Geoffroy, D., Chachamovich, E. et Kirmayer, L. J. (2015). Changing Rates of Suicide Ideation and Attempts Among Inuit Youth: A Gender-Based Analysis of Risk and Protective Factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(2), 141-156.
- Gone, J. P., Hartmann, W. E., Pomerville, A., Wendt, D. C., Klem, S. H. et Burrage, R. L. (2019). The impact of historical trauma on health outcomes for indigenous populations in the USA and Canada: A systematic review. *American Psychologist*, 74(1), 20.
- Harvey, M. R. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of traumatic stress*, 9(1), 3-23
- Healey, G. K., Noah, J. et Mearns, C. (2016). The Eight Ujarait (Rocks) model: Supporting Inuit adolescent mental health with an intervention model based on Inuit ways of knowing. *International Journal of Indigenous Health*, 11(1), 92-110.
- Herman, J. *Trauma and recovery* (1992). New York (NY), Harper Collins.
- Hernández, P., Gárgel, D., & Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma. *Family process*, 46(2), 229-241
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391
- Hopper, E. K. (2017). Trauma-informed psychological assessment of human trafficking survivors. *Women & Therapy*, 40(1-2), 12-30.
- Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). (2014). *Social determinants of Inuit health in Canada*. https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK_Social_Determinants_Report.pdf
- Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). (2016). *National Inuit suicide prevention strategy*. <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK-National-Inuit-Suicide-Prevention-Strategy-2016.pdf>.
- Kirmayer, L. J., Rousseau, C., Jarvis, G. E. et Guzder, J. (2008). The cultural context of clinical assessment. *Psychiatry*, 3, 54-66
- Kirmayer, L. J., Dandaneau, S., Marshall, E., Phillips, M. K. et Williamson, K. J. (2011). Rethinking resilience from indigenous perspectives. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(2), 84-91.
- Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Hinton L, Hinton DE, et Kirmayer LJ, eds. *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2016
- Menzies, P. (2010). Intergenerational trauma from a mental health perspective. *Native Social Work Journal*, 7, 63-85.
- Oliver, L. N., Peters, P. A. et Kohen, D. E. (2012). Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. *Health Rep*, 23(3), 17-22.
- Mikkonen, J. (2010). *The Canadian facts*. Toronto, ON: York University School of Health Policy and Management
- Paradies, Y. (2016). Colonisation, racism and indigenous health. *Journal of Population Research*, 33(1), 83-96
- Rothschild, B. et M. Rand. *Help for the Helper: The Psychophysiology of Compassion Fatigue and Vicarious Trauma*, New York (NY), WW Norton & Company, 2006, 272 p.
- Smylie & Firestone (2016). The Health of Indigenous Peoples. In Raphael (ed) *Social determinants of Health: Canadian Perspectives*. p.451
- Quijano, A. (2007). Coloniality and modernity/rationality. *Cultural Studies*, 21(2-3), 168-178.
- Traut, L., McEachern, D., Mullany, A., White, L. et Wexler, L. (2018). Decoloniality as a framework for indigenous youth suicide prevention pedagogy: Promoting community conversations about research to end suicide. *American journal of community psychology*, 62(3-4), 396-405.
- Wesley-Esquimaux, C. et Smolewski, M. (2004). Historic Trauma and Aboriginal Healing. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation. illes in Canada. *Journal of palliative care*, 26(1), 6-14.
- Yellow House Brave Heart, M. (2003). The historical trauma response among natives and its relationship with substance abuse: A Lakota illustration. *Journal of psychoactive drugs*, 35(1), 7-13.

30