



SOUS LA LOUPE

Mai 2023



L'INTERVENTION SENSIBLE AU TRAUMA

Par MATHIEU COUTURE, *Ph.D.*, Psychologue,
Responsable du développement des pratiques | RIMAS

Je me permets ici de m'inspirer des concepts discutés dans la thèse de Erica Janssen (2018), intitulée : « *Integrating Trauma Informed Care into the Treatment of Adult Male Sex Offenders: A Systematic Review* », publiée et diffusée par la St.Catherine University, qui est intéressante par sa concision et son survol des grandes notions liées au « *trauma-informed care* ». J'utilise aussi un article de Jill Levenson (2017) : « *Trauma-Informed Social Work Practice* » (National Association of Social Workers). Je me permets des liens plus personnels en lien avec l'alliance thérapeutique, un concept intriqué à une intervention sensible au trauma.



PRÉAMBULE

Une alliance thérapeutique forte, fondée sur la chaleur humaine, l'empathie, des encouragements sincères et une authenticité bien dosée, est vue comme un facteur de réceptivité dans le travail auprès des auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS). La flexibilité thérapeutique, définie essentiellement comme la capacité à adapter les manières d'intervenir et les stratégies utilisées en fonction des individus rencontrés, est un second facteur de réceptivité d'importance. Ces deux facteurs font partie de la grande catégorie des « facteurs thérapeutiques communs » aussi appelés « facteurs non-spécifiques ». Il serait faux de croire que ces facteurs sont responsables de l'ensemble du changement thérapeutique, même si certaines études ont démontré que les facteurs thérapeutiques communs expliquaient à eux seuls une bonne part du changement...

En fait, auprès des AICS, ces facteurs n'ont pas été associés à une diminution du risque de récidive. Cependant, il est bien démontré que ces facteurs favorisent l'engagement dans la thérapie et donc, la réussite subséquente. Ces deux facteurs non-spécifiques prennent tout leur sens dans le cadre d'une approche d'intervention sensible au trauma¹.



INTRODUCTION

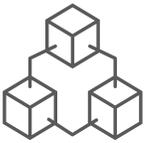
Différentes études ont démontré que les événements marquants durant l'enfance (*EME*)² étaient associés à une hausse de retombées négatives, telles que l'abus de substances ou le comportement criminel. Ces *EME* perturbent le développement d'habiletés interpersonnelles et émotionnelles et engendrent parfois des patrons de pensée dysfonctionnels. Ils interfèrent bien évidemment avec l'émergence d'un style d'attachement sécure. Les *EME* affectent, entre autres, la confiance en autrui et les processus liés à une saine intimité émotionnelle. Il est aisé de voir comment les *EME* se perpétuent dans le temps et nuisent à la possibilité d'établir une alliance thérapeutique constructive.

¹ Il est drôle de dire qu'un facteur n'est pas lié à la baisse du risque, bien qu'il soit vu comme indispensable pour que l'utilisateur soit réceptif aux interventions qui elles, seront associées à la baisse du risque. On joue parfois avec les mots..!

² Il s'agit ici d'une abréviation-maison représentant les : « *Adversive Childhood Experiences* ».

LES TYPES D'ÉVÉNEMENTS MARQUANTS DURANT L'ENFANCE (EME)

Ils se déclinent en trois catégories :



1. L'abus (émotionnel, physique, sexuel);
2. Les enjeux familiaux (violence, difficultés de santé mentale, difficultés de consommation, séparation, antécédents criminels chez les parents ou la famille proche);
3. La négligence (émotionnelle, physique, éducationnelle, etc.).

RÉSULTATS PERTINENTS EN LIEN AVEC L'IMPACT DES EME

- Les expériences d'abus et de négligence sont significativement pires chez les récidivistes sexuels comparativement aux non-récidivistes.
- Le style d'attachement et la victimisation sexuelle seraient significativement associés au risque de récidive sexuelle.
- Les changements neurodéveloppementaux associés aux traumatismes interfèrent avec le bon apprentissage et l'utilisation efficace de diverses habiletés interpersonnelles (et donc, aux chances de succès futur d'un traitement psychothérapeutique).
- Un « score » plus élevé à une échelle d'EME corrèle significativement avec le nombre de gestes violents généraux ou sexuels.
- L'abus subi durant l'enfance est associé à des difficultés institutionnelles et un faible engagement dans un programme psychothérapeutique.
- Des interventions sensibles au trauma démontrent une amélioration encourageante de la réceptivité à des programmes de type TCC visant la réduction de facteurs criminogènes.



AVERTISSEMENT!

Il est important de préciser que dans le concept d'intervention sensible au trauma, le terme « trauma » n'a pas la portée diagnostique que lui confère des écrits comme le DSM-5. Il serait erroné de confondre « trauma » et, par exemple, trouble de stress post-traumatique. Les individus rencontrés en clinique et souffrant d'un tel trouble devraient être référés à des intervenant.e.s spécialisé.e.s en la matière.

L'intervention sensible au trauma regarde le trauma dans un sens expérientiel beaucoup plus vaste. Elle invite l'intervenant.e à mieux comprendre les origines des réactions d'un patient et considérer celles-ci dans sa manière d'intervenir. Comme le dit Levenson, l'intervention sensible au trauma sert : « *...to view presenting problems in the context of a client's traumatic experiences* ». L'intervention sensible au trauma est donc très différente de l'approche centrée sur le trauma. L'intervenant.e sensible au trauma n'est pas un spécialiste du traitement du trauma et il.elle n'intervient pas sur le trauma! Il.elle est plutôt un.e clinicien.ne sensibilisé.e aux conséquences des traumatismes et qui les considère tout au long du parcours thérapeutique de l'individu traité.

★ Rappelons que le traitement des traumatismes requiert une spécialisation très pointue, considérant les dommages, bien réels, qui peuvent être subis par un patient chez qui le trauma ne serait pas traité adéquatement.



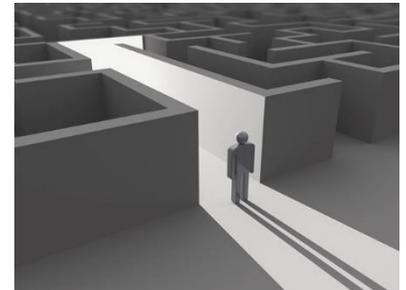
LES PRINCIPES DE L'INTERVENTION SENSIBLE AU TRAUMA

Il est important de mettre en perspective les réactions comportementales des individus ayant vécu des *EME*. Leurs défenses, leurs stratégies d'adaptation, leurs réactions dans la vie en général, en contexte relationnel et thérapeutique en particulier, peuvent être vues comme étant les suites logiques des *EME* vécus. Comprendre les réactions d'un patient comme étant la manifestation d'*EME* et non pas nécessairement comme étant une opposition au traitement, peut faire toute la différence chez l'intervenant.e. Il.elle peut alors ajuster ses propres réactions internes et adapter les interventions subséquentes afin de favoriser l'ouverture de son client.

Il est essentiel de nommer l'existence de traumatismes dits intergénérationnels et de traumatismes culturels, comme peuvent les expérimenter certaines communautés des Premières Nations et qui peuvent influencer la manière d'entrer en relation avec un.e intervenant.e. Les *EME* ne sont pas tous d'ordre individuel. Il y en a d'ordre familial, social, culturel et systémique.

L'exposition à des *EME* a un impact majeur sur la construction psychique que se bâtit l'individu en lien avec le monde. L'intervenant.e doit veiller à ne pas reproduire, parfois bien malgré elle.lui, les attitudes qui réactiveront la construction psychique issue des *EME*. L'intervention sensible au trauma vise donc à diminuer les sources d'activation des traumatismes, afin de favoriser la disponibilité de l'individu face au traitement et le succès éventuel de ce traitement.

L'intervenant.e sensible au trauma se rappelle constamment à quel point le trauma est commun. Il.elle met l'accent sur les forces du client et comprend la vulnérabilité se cachant derrière des réactions initiales du client. Elle.il se souvient que c'est à l'intervenant.e que revient le fardeau de créer la sécurité nécessaire pour qu'un client réfractaire se sente plus en confiance. Il.elle voit les réactions d'aujourd'hui comme les réponses adaptatives d'hier face au trauma vécu et aide l'usager à se débarrasser de ces réponses qui ne sont plus nécessaires et même, pire, qui l'empêchent aujourd'hui de combler ses besoins fondamentaux.



On répertorie six grands principes de l'intervention sensible au trauma :

- 1. Sécurité** : elle est établie grâce à des environnements thérapeutiques agréables, mais surtout une relation client-thérapeute fondée sur la chaleur, le respect, des limites appropriées, ainsi qu'une autorité non-oppressive, consistante, prédictible et non-culpabilisante.
- 2. Confiance (et transparence)** : se construit graduellement. L'intervenant.e ne peut pas comparer un client avec un autre. Chacun a son propre rythme. Être authentique, fournir de l'information sur le processus, respecter les stades de développement de l'intimité ou un désir de non-dévoilement du client sont des attitudes qui peuvent favoriser la confiance.
- 3. Choix** : L'intervenant.e se rappelle qu'un vécu d'*EME* a eu un impact sur la confiance en soi, la capacité à l'autodétermination et le sentiment de contrôler sa vie. Il.elle favorise donc l'autonomie afin d'aider le client à ne plus se sentir comme une victime impuissante, mais bien comme un survivant qui dirige son existence. Elle.il aide le client à peser les alternatives de choix différents, elle.il ne donne pas de conseils dirigés, elle.il ne punit pas les comportements défensifs, mais aide plutôt le client à comprendre ses choix et leurs impacts, etc.

4. **Collaboration** : une relation thérapeutique saine en est une dans laquelle le pouvoir est partagé. Les survivants de traumatismes divers sont susceptibles de rejouer des dynamiques persécuteur-victime. L'intervenant.e doit lui offrir de nombreuses occasions de modifier ces dynamiques en rappelant au client qu'il peut poser des questions, refuser certaines choses, faire des demandes, etc. L'intervenant.e se rappelle que la connaissance du cas est un mélange de son expertise et de celle du client.
5. **Pouvoir d'agir** : une approche orientée vers les forces est préférable à une approche orientée vers les symptômes. L'intervenant.e peut souligner les capacités de résilience de la personne, les réactions créatives qu'elle a développées pour faire face à l'adversité, aider la personne à mieux utiliser ces forces pour mieux répondre à ses besoins et regagner une impression d'auto-efficacité. Comme le dit Levenson (2017), plutôt que de mettre l'accent sur : « *What's wrong with you?* », l'intervenant.e doit se concentrer sur le : « *What happened to you?* ».
6. **(Enjeux culturels, historiques et liés au genre)** : Ce sixième aspect est noté intelligemment par Janssen (2018), mais absent, quoique discuté, dans d'autres articles, dont celui de Levenson (2017). Il est indispensable de penser aussi aux traumatismes ou *EME* vécus par l'individu sur le plan culturel (p. ex., autochtones), historique (p. ex., violence intergénérationnelle) ou « genral » (p. ex., être intimidé et mégenré pendant plusieurs années).



QU'EST-CE QU'ON EN FAIT AVEC LES AICS?

Les principes de l'intervention sensible au trauma peuvent s'appliquer dans différents contextes cliniques auprès des auteurs d'infraction à caractère sexuel. Je vois ces principes comme un appel à la vigilance, essentiellement.

Voici deux questions que peut se poser l'intervenant.e :

1. Est-ce que la réaction que je vois, ici et maintenant, pourrait être expliquée par les conséquences d'événements marquants chroniques, traumatismes manifestes ou subtils?
2. Si oui, est-ce que l'intervention que je m'apprête à tenter est sensible à ces traumatismes? Revictimise-t-elle le client, en quelque sorte, ou l'aide-t-elle à reprendre un pouvoir sur ces traumatismes?

La minimisation, la négation, la fermeture; des réactions d'opposition à l'autorité que représente le système de justice/les agents de probation/les thérapeutes; un manque flagrant de motivation; une colère envers l'intervenant.e; sont tous des exemples de situations thérapeutiques pouvant dissimuler les conséquences de traumatismes et mériter une réflexion.

L'intervenant.e n'est pas insensible aux réactions provenant de défenses construites en réaction à des traumatismes. Ces réactions sont souvent très chargées émotionnellement et difficiles à « absorber ». Le travail de réflexion sensible au trauma peut, cela dit, aider non seulement le client, mais aussi l'intervenant.e, à prendre une distance face aux réactions du client.

En reculant, en optant pour une perspective sensible au trauma, il est plus facile pour l'intervenant.e de se sentir libéré.e des réactions que suscite le client (colère, rejet, opposition, jugement, etc.). Le travail thérapeutique s'en voit ainsi amélioré. Plutôt que de tomber dans un cycle sans fin de revictimisation involontaire du client, l'intervenant.e peut devenir, par ses attitudes sensibles au trauma, une source de renouveau pour l'individu, en lien avec ses traumatismes de vie. N'oublions jamais que tout ça n'est pas facile pour l'intervenant.e...

Levenson donne l'exemple du client présentant de multiples retards. Un cadre rigide est une réaction normative de l'intervenant.e qui est alors appelé à « punir » ces retards. Une perspective sensible au trauma pourrait s'interroger sur la possibilité que ce client n'ait jamais eu l'occasion, en raison de la négligence dont il a été victime, d'instaurer de bonnes habitudes sur le plan de la gestion des routines. Ainsi, plutôt que d'offrir une « conséquence » au retard, une intervention sensible permettrait peut-être d'explorer les enjeux liés aux retards multiples et, par l'acceptation, favoriser l'identification de stratégies afin de réduire les retards. Le tout, sans jamais minimiser l'impact des retards sur le processus thérapeutique.

Une réflexion de l'intervenant.e quant à ses propres réactions, attitudes, croyances et valeurs peut être fort utile. Les outils présentés à la dernière section sont des pistes d'auto-observation intéressantes.



DES OUTILS INTÉRESSANTS

Deux outils permettent d'évaluer ses perspectives et attitudes en lien avec les clients qui présentent des difficultés compatibles avec le concept de trauma.

ARTIC : Cet outil a été développé et validé afin de mesurer les attitudes et croyances de l'intervenant.e à propos des principes sous-jacents à l'intervention sensible au trauma. Malheureusement, c'est un outil payant.

Les 7 échelles du questionnaire sont :

1. Causes sous-jacentes
2. Réponses à un comportement problématique
3. Comportement au travail
4. Auto-efficacité au travail
5. Réactions au travail
6. Support personnel à l'intervention sensible au trauma
7. Support du système à l'intervention sensible au trauma

Baker, C. N., Brown, S. M., Wilcox, P. D., Overstreet, S., & Arora, P. (2016). Development and Psychometric Evaluation of the Attitudes Related to Trauma-Informed Care (ARTIC) Scale. *School Mental Health, 8*, 61-76.

TICOMETER : Cet outil a été développé et validé afin de mesurer la correspondance entre l'offre de services d'une organisation et les principes du *trauma-informed care*. Malheureusement, c'est aussi un outil payant.

Il présente 5 catégories d'items :

1. Construire des connaissances et habiletés sensibles au trauma
2. Établir des relations de confiance
3. Offrir des services qui respectent les usagers
4. Prôner une offre de services sensibles au trauma
5. Promouvoir des procédures et politiques organisationnelles sensibles au trauma

Bassuk, E. L., Unick, G. J., Paquette, K., & Richard, M. K. (2017). Developing an instrument to measure organizational trauma-informed care in human services: The TICOMETER. *Psychology of Violence, 7*(1), 150-157.

Outre ces outils, relire les principes de l'intervention sensible au trauma, expliqués ci-dessus, et réfléchir à sa manière de réagir et d'appliquer ces principes, constitue assurément un bon départ!



CONCLUSION

Finalement, l'intervention sensible au trauma est un rappel supplémentaire de l'importance d'adopter dans la pratique des attitudes favorisant l'alliance thérapeutique, condition nécessaire (mais non suffisante) au succès thérapeutique. Qui peut affirmer, en toute humilité, qu'il.elle ne contribue jamais, par ses réactions, à rejouer une dynamique non-optimale nuisant au travail thérapeutique?

Il est facile – et hautement humain – d'oublier partiellement les principes sous-jacents à une bonne alliance thérapeutique et, dans ce cas précis, les principes d'une bonne intervention sensible au trauma. Certains comportements du client vécus pendant la thérapie peuvent être... impressionnants. Nos réactions face à ces comportements prennent souvent le dessus sur notre capacité à adopter la bonne perspective.

Finissons simplement avec cette phrase de Levenson (2017) :

« When social workers incorporate trauma-informed practices, they enable emotionally curative experiences that permit new skills to be cultivated, rehearsed, and reinforced ».



Je vous invite à interagir sur le sujet directement sur le forum [Facebook du RIMAS](#), afin que toutes puissent bénéficier d'un approfondissement sur ce thème d'importance.