

Trauma Informed Care et violences faites aux femmes

Autor(en): **Rouveirolles, Ornella**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **121 (2023)**

Heft 3

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-1041627>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Trauma Informed Care et violences faites aux femmes

Les récits par les femmes de violences, notamment sexuelles, émergent de plus en plus, mettant la relation de soins devant certaines exigences – le personnel soignant n'étant pas épargné d'ailleurs par le risque traumatique. Cet article propose une introduction au *Trauma Informed Care*, une approche anglo-saxonne d'intérêt pour la période périnatale, intégrant à la prise en soin les connaissances croissantes des conséquences du traumatisme.

TEXTE :
ORNELLA ROUVEIROLLES

La question des violences faites aux femmes est un phénomène planétaire et endémique puisqu'on estime qu'au moins une femme sur trois connaîtra des violences physiques et/ou sexuelles au cours de sa vie (Organisation mondiale de la Santé, 2021). Manon¹ a accouché avec sa sage-femme à domicile comme elle le souhaitait. Pourtant depuis la naissance de son fils, elle est l'ombre d'elle-même. Elle confie après plusieurs visites de la sage-femme que la douleur de son accouchement l'a ramenée à un inceste dont elle a été victime enfant. Sonia consulte à trois semaines post-partum pour un doute sur sa cicatrice de césarienne. Très rapidement elle s'effondre en pleurs et raconte un accouchement traumatique, une césarienne à vif, une sensation de se sentir mourir. Maria consulte pour son suivi de grossesse. Sa première fille est née d'un viol conjugal. Cet ex-conjoint purge actuellement en peine de prison pour violences.

Aujourd'hui, en période post #MeToo, ces récits de vie sont devenus sensiblement audibles par les professionnel-le-s de santé. En tant que sages-femmes, nous avons pour mission d'accueillir ces témoignages et d'accompagner au mieux les femmes et les familles tout en maintenant notre sécurité émotionnelle et affective. Relever ce challenge n'est pas chose aisée d'autant que nombre d'entre nous, quel que soit notre genre, ont été ou seront victimes de violences. Modèle de soins pensé dans les années 2000, le *Trauma Informed Care* (TIC), propose des pistes stimulantes (Harris & Fallot, 2001).

Définition et impact du traumatisme

Un traumatisme correspond à un événement ou des circonstances vécus par un individu comme physiquement ou émotionnellement nuisibles ou mettant sa vie en danger et qui entraînent des effets néfastes sur le fonctionnement et le bien-être de l'individu (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2014*). Un traumatisme peut survenir lors de différents contextes comme lors de violences

physiques, émotionnelles ou sexuelles, lors de négligence, de discrimination, d'un accident, d'un désastre naturel, lors d'une guerre, ou encore lors d'une perte inattendue et soudaine. Qu'il survienne pendant l'enfance ou à l'âge adulte, il peut être dévastateur et impacter durablement la vie des personnes exposées (*Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014*). En effet, plus une personne est exposée à des expériences traumatiques, plus elle est à risque de développer des problèmes de santé chroniques comme l'obésité, le diabète, des maladies cardiaques, pulmonaires, des conduites sexuelles à risque avec une exposition aux infections sexuellement transmissibles, une consommation excessive d'alcool, de tabac ainsi que des pathologies liées à la santé mentale comme la dépression ou les violences auto-infligées. (*Felitti et al., 1998; Hugues et al., 2017*).

Qu'est-ce que le Trauma Informed Care?

Le TIC (ou approche sensible au traumatisme²), est une approche qui consiste à intégrer les connaissances sur le traumatisme et sa prise en charge dans le cadre des soins et plus généralement au sein même des structures de soins. Ces modèles de soins reconnaissent les effets du traumatisme sur le développement physique, spirituel et social des individus. Il peut être résumé en quatre points clés, les quatre «R» (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014*):

² Traduction française retrouvée dans plusieurs publications québécoises

- Réaliser et comprendre l'impact des traumatismes et les voies de rétablissement;
- Reconnaître les signes et les symptômes de traumatisme chez les patient-e-s, les familles et le personnel;
- Répondre en intégrant les connaissances sur les traumatismes dans les politiques de soins, les procédures et les pratiques;
- Résister / préserver les individus d'un nouveau traumatisme (bénéficiaire, famille, professionnel-le, etc.)

Les principes clés du Trauma Informed Care au sein d'une institution de soins

Les six principes fondateurs de l'approche (voir Illustration 1) sont décrits par Harris & Fallot (2001) et Elliot *et al.* (2005).

Sécurité

Dans toute l'institution, le personnel et les bénéficiaires, qu'ils soient enfants ou adultes, se sentent physiquement et psychologiquement en sécurité.

Fiabilité et transparence

Les décisions de l'institution sont prises avec transparence pour favoriser la confiance des bénéficiaires, de leur famille ainsi que tou-te-s les professionnel-le-s de l'organisation.

Soutien par les pairs

La collaboration avec des personnes « survivantes de traumatismes » renforce le sentiment de sécurité, d'espoir et participe au rétablissement et à la guérison.

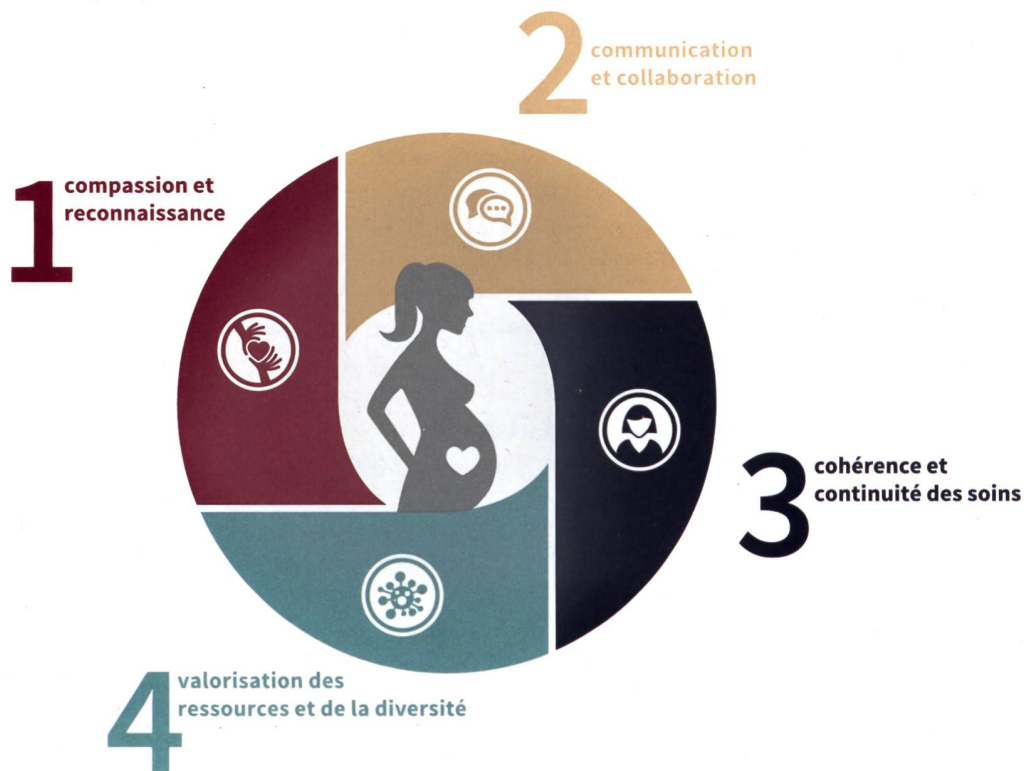
Illustration 1: Les six principes fondateurs du Trauma Informed Care

D'après Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2014)



¹ Tous les prénoms cités ici sont fictifs.

Illustration 2: Les quatre principes du *Trauma Informed Care* en période périnatale
D'après National Health Service (2021)



Collaboration

L'institution reconnaît que chacun·e a un rôle à jouer dans le processus de guérison: bénéficiaire, professionnel de soins, personnel administratif, personnel d'entretien, etc. Le partenariat et la collaboration sont à favoriser dans les prises de décision et les choix de l'institution, et ce, à tous les niveaux: interpersonnel, organisationnel, institutionnel.

Autonomisation et choix

Les soins sont réalisés de manière à favoriser l'autonomisation et l'*empowerment* des individus.

Questions culturelles, historiques et de genre
L'institution dépasse les stéréotypes et préjugés culturels (par exemple, basés sur l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, l'âge, la religion, l'identité de genre, etc.). Les politiques de soins tiennent compte des besoins spécifiques de chaque individu. L'institution reconnaît et prend en soins les traumatismes historiques (génocide ethnique par exemple).

Trauma Informed Care en période périnatale

Parce qu'il est congruent avec une approche holistique et centrée sur la femme (Leap, 2009), le modèle de soin TIC est pertinent dans le domaine de la santé sexuelle et

L'accent est notamment mis sur l'autodétermination des femmes via le respect du droit à l'information, au consentement et/ou refus des interventions médicales.

reproductive. Certaines institutions proposent d'ailleurs un guide d'implémentation du TIC en périnatalité (*National Health Service [NHS], 2021*).

Principes

Le TIC en période périnatale se base sur les principes de compassion, de collaboration, de continuité de soins bienveillants ainsi que sur la prise en compte des besoins et réalités plurielles des familles (voir illustration 2). Plus concrètement l'accent est notamment mis sur l'autodétermination des femmes via le respect du droit à l'information, au consentement et/ou refus des interventions médicales. La continuité des soins peut être soutenue par des modèles d'organisation favorisant la même sage-femme pour un suivi mais aussi par une inclusion du co-parent ou partenaire de vie tout au long de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Enfin une action concrète de prise en compte des besoins spécifiques, par exemple pour une famille migrante allophone, serait un recours à un traducteur-riche communautaire (NHS, 2021).

Côté soignant-e

Pour les équipes soignantes ce modèle de soins fait la part belle à la formation continue, au monitoring des soins, débriefing ou encore à la supervision. L'enjeu est de permettre à chacun-e de connaître les risques liés aux traumatismes tout en prenant conscience de son rôle et de ses possibilités d'amélioration, mais également d'éviter un vécu traumatique ou un burn-out. Les usager-ère-s ou leurs témoignages sont intégrés dans toutes ces étapes pour favoriser un co-construction et collaboration efficiente (NHS, 2021).

«Que vous est-il arrivé?»

Bien plus qu'un modèle théorique de soin, le TIC opère un changement de regard posé sur le traumatisme: ainsi la question «Qu'est-ce qui ne va pas chez vous?» devient «Que vous est-il arrivé?». Cette externalisation du problème pourrait favoriser la désigmatisation des personnes victimes de violences et/ou d'abus sexuelles. Une meilleure adhésion des femmes à des soins adéquats pourrait ainsi améliorer leurs issues de santé mais aussi celles de leur enfant et de leur partenaire. Dès lors, le TIC apparaît comme un des leviers de prévention durant la précieuse période des 1000 premiers jours. D'un point de vue global de tels impacts auraient pour conséquence une réduction des coûts de santé et d'interventions sociales.

Par ailleurs, l'implémentation du TIC nécessite «un réel changement de culture organisationnelle, où l'accent est mis sur la compréhension, le respect mutuel et une réponse optimale aux conséquences des traumatismes à tous les niveaux» (Bloom & Yanosy-Sreedhar, 2008). L'originalité de ce modèle est d'y intégrer l'environnement organisationnel et politique des soins ainsi que le bien-être des soignant-e-s. L'enjeu est ainsi de replacer les traumatismes et les violences non pas comme un fait individuel mais comme un phénomène collectif et systémique résultant de déterminismes sociaux complexes. Les sage-femmes peuvent jouer un rôle clé de leader dans l'implémentation d'un tel modèle de soins en Suisse. ☉

AUTEURE



Ornella Rouveïrolles,
sage-femme, MSc en Sciences de la Santé. Exercice
comme indépendante, vacataire en médecine péniten-
tiaire et chargée de cours Haute Ecole de Santé Genève.

Références

- Bloom, S. L. & S. Yanosy-Sreedhar (2008)** The Sanctuary Model of trauma-informed organizational change. *Reclaiming Children & Youth*; vol. 17(3), p. 48-53.
- Elliot, D. E., Bjelajac, P., FalLOT, 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.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998)** Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *American Journal of Preventive Medicine*; 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Harris, M. & FalLOT, R. (2001)** Using trauma theory to design service systems. *New Directions for Mental Health Services*; 89. Jossey Bass.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2014)** Les soins sensibles au traumatisme. www.ccsa.ca
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L. & Dunne, M. P. (2017)** The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet; Public health*, 2(8), e356-e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Leap, N. (2009)** Woman-centred or women-centred care: Does it matter? *British Journal of Midwifery*; 17(1), 12-16. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.1.37646>
- National Health Service (2021)** A good practice guide to support implementation of trauma-informed care in the perinatal period. www.england.nhs.uk
- Organisation mondiale de la Santé (2021)** Violences à l'encontre des femmes. www.who.int
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration's Trauma and Justice Strategic Initiative (2014)**. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Rockville, MD.: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://nscaw.acf.hhs.gov>

Pour les équipes soignantes, l'enjeu est de permettre à chacun-e de connaître les risques liés aux traumatismes tout en prenant conscience de son rôle et de ses possibilités d'amélioration, mais également d'éviter un vécu traumatique ou un burn-out.