

Assister la résilience des soignants en Haïti¹

Daniel DERIVOIS, Ph.D.

Université de Bourgogne Franche-Comté

Résumé : En Haïti, il est nécessaire de soigner non seulement les personnes traumatisées mais aussi et en même temps les soignants qui peuvent avoir vécu les mêmes événements potentiellement traumatiques. Les soignants, haïtiens ou étrangers, regroupent le personnel médical, éducatif, scolaire ou religieux. Ils doivent être disponibles psychologiquement pour accompagner la population sinistrée.



INTERPELLER TOUS LES SOIGNANTS

Qu'ils soient haïtiens ou étrangers, quels que soient leurs spécialités, leurs approches ou leurs domaines d'intervention, les soignants en Haïti ont à intervenir sur des corps meurtris, des psychés abîmées, mais aussi et en même temps sur des identités tout aussi ébranlées par des traumatismes cumulatifs inhérents aux multiples catastrophes à la fois naturelles, humanitaires, sanitaires, sociales et politiques qui rythment le quotidien de la population haïtienne depuis de nombreuses années.

Catastrophe signifie *bouleversement, retournement et effondrement* [1]. Ces mouvements nécessitent un système d'étayage et de soins globaux aux niveaux individuel et collectif, susceptible d'assurer son effet dans la durée. Les soignants sont ainsi interpellés dans leur capacité à incarner les leviers de la « résilience assistée » [2] auprès des victimes. Si la résilience est la capacité de rebondir après un traumatisme, la résilience assistée consiste, pour les soignants, à se rendre disponibles en tant que *tuteurs potentiels de résilience* pour les victimes tout en les aidant à remobiliser des ressources internes et externes cachées, non encore explorées.

J'appelle ici *soignants* à la fois les personnels de la santé mentale, de la santé physique et de l'Éducation nationale dans la mesure où l'ensemble de ces professionnels est censé, par-delà leurs missions premières, prodiguer des *soins primaires* aux patients et aux élèves. J'ajouterais volontiers les professionnels des lieux de culte (vodouisants, catholiques, protestants...) dans la mesure où, par-delà les croyances respectives qui peuvent fonctionner comme de véritables tuteurs de résilience [3], ces lieux participent à la consolidation des liens sociaux des personnes qui les fréquentent. Car avant les soins médicaux, psychologiques ou éducatifs, il est d'abord question de *soins primaires* – dans le sens de Winnicott [4] – caractérisés notamment par la contenance et la *considération de l'autre* comme sujet, comme semblable, comme être humain.

En ce sens, chaque acte soignant a des ramifications avec les autres. Pour une chirurgienne ou une infirmière, intervenir sur un corps, c'est aussi intervenir sur la psyché du patient et sur une possible

transformation de son identité. Pour un professionnel de la santé mentale, intervenir sur la psyché c'est aussi donner au patient la possibilité de se réapproprier son corps et donc de se ressaisir sur le plan identitaire. Pour un professionnel du milieu scolaire ou éducatif, aider un enfant, un adolescent dans la construction de son identité, c'est aussi poser des bases pour l'aider à s'approprier son corps et sa psyché. Le tissage du lien social dans les lieux de culte participe de la même tentative de reprise en main de tout son être. Il ne s'agit pas de confondre les champs d'intervention de chacun mais de les articuler dans une démarche holistique.

SOIGNER L'ÊTRE HUMAIN

Dans *Le moment du soin*, F. Worms insiste sur la nécessité de deux instants : « l'instant de l'urgence vitale, ou mortelle » qui incite à appeler « Au secours ! » mais aussi « le moment présent dans son ensemble, l'instant des catastrophes, les temps qui les précèdent ou les suivent », une sorte « d'extension de la vulnérabilité² », souligne-t-il. Haïti se trouve aujourd'hui plus que jamais dans le *moment du soin*. Ce moment inclut l'évaluation et le traitement de l'urgence ainsi que des besoins fondamentaux de l'être haïtien à long terme.

En Haïti, les victimes comme les bourreaux crient « Au secours ! » à eux-mêmes comme à leurs semblables qui partagent les 27 500 kilomètres carrés de l'ancienne Perle des Antilles et la terre entière. La formation de gangs, les kidnappings, les meurtres peuvent certes relever de logiques de déstabilisation intentionnelle d'un pays mais les Haïtiens qui s'y impliquent sont, à mon sens, dans une demande implicite de soin, une demande paradoxale d'humanisation ou de ré-humanisation de la relation à l'autre. Il faut être suffisamment déshumanisé pour déshumaniser à son tour un autre être humain [5].

Le dispositif de soin est alors à considérer dans au moins deux conceptions, comme le souligne Worms [6]. Le premier sens met l'accent sur le fait de « soigner quelque chose, un besoin ou une souffrance », ce qui relève du traitement des symptômes. Mais « soigner c'est aussi soigner quelqu'un », ce qui souligne la « dimension intentionnelle et relationnelle du soin ». À ce sujet, Marcelli rappelle la différence entre traitement et soin [7]. Traiter vient de *tractare, tractum, trahere* qui signifie « traîner violemment, mener difficilement ».

1. Ce texte a d'abord paru dans la revue *Info-Chir* (n° 12, 2022) que nous remercions pour la permission de le republier ici. Il s'agit d'une version courte remaniée d'un autre texte paru dans *Le Nouvelliste* sous le titre « Les soignants face aux catastrophes haïtiennes » : <https://lenouvelliste.com/article/232660/les-soignants-face-aux-catastrophes-haitiennes>

2. Worms, F. (2010). *Le moment du soin. À quoi tenons-nous?* PUF.

Soigner vient de *sun (ni) et sunja* qui signifie « s'occuper de, se préoccuper de ». Le traitement vise l'éradication des symptômes. Il s'adresse à la partie malade. Le soin vise la globalité du sujet *considéré* et s'adresse à l'être humain tout entier. Les deux points de vue sont complémentaires. Nous avons besoin de remobiliser et d'entretenir les parties saines du corps, de la psyché et de l'identité pour redynamiser et réparer les parties en souffrance.

Panser une plaie ou amputer un patient d'un bras peut lui éviter la mort, mais seule la *considération* de ce patient comme être humain avant, pendant et après l'acte de soin peut lui garantir une vie psychique, affective épanouie. De même, éradiquer les gangs ne sera pas efficace sans un travail de fond sur l'être haïtien tout entier, sur sa perception/conscience de lui-même et de l'autre, sur son intentionnalité envers lui-même et envers l'autre. Car « tout traitement qui se réalise au détriment du soin finit toujours par se retourner contre lui-même » [5].

Dans un pays polytraumatisé comme Haïti où le système de santé est fragile, le système éducatif, bancal et où l'État est de plus en plus affaibli, les soignants crient aussi « Au secours ! ». Tout en étant limités dans leurs actions par le manque de matériels ou la crise du carburant, ils se heurtent à de nombreux défis épistémologiques, méthodologiques et cliniques dans l'évaluation des problématiques et l'accompagnement de la population sinistrée.

Comment savoir ce qui (a) fait traumatisme pour un patient dans un contexte où les traumatismes peuvent être à la fois intentionnels (gangs, kidnappings...) et non intentionnels (séismes, inondations...), individuels et collectifs, actuels et/ou réactualisés ? Parfois toute une famille peut être traumatisée par un même événement alors que chacun de ses membres met en place des stratégies pour s'en sortir personnellement. Souvent les comportements symptomatiques d'aujourd'hui (violence, dépression, alcoolisme, toxicomanie...) sont les effets d'événements anciens (maltraitance subie, humiliation, etc.). Comment évaluer la demande explicite et/ou implicite d'un patient ? Comment écouter, dans l'ici et maintenant, une souffrance qui vient de loin ? Comment, pour un soignant, écouter les effets d'un événement que l'on a soi-même vécu ? Comment *prendre soin* de l'autre et de soi en même temps ?

ASSISTER LES SOIGNANTS EN DANGER

Ainsi, un autre grand défi pour les soignants relève du fait qu'ils doivent intervenir auprès de patients et/ou de bourreaux alors qu'ils peuvent être eux-mêmes victimes directement ou indirectement des mêmes événements traumatogènes. La dynamique du transfert et du contre-transfert dans la rencontre avec les victimes nécessite alors une attention particulière. De quelles victimes s'agit-il ? Des patients traumatisés ? Des bourreaux qui peuvent être tout aussi traumatisés ou des soignants-victimes ? Si le transfert traduit des éléments d'histoire du patient s'actualisant de manière inconsciente dans sa rencontre avec le soignant, le contre-transfert est l'ensemble des réactions tout aussi inconscientes du soignant vis-à-vis des attitudes et comportements du patient [8]. Quand les traumatismes des uns et des autres se télescopent et interfèrent, ils nécessitent

des interventions plurifocales ainsi que des espaces d'analyse de la pratique pour les soignants.

Quant au traumatisme « vicariant », c'est-à-dire le traumatisme des professionnels en contact avec des patients traumatisés, il est important d'en identifier plusieurs sources potentielles : le traumatisme vécu en partage par les patients dans la dynamique relationnelle, par exemple le fait de se sentir affecté, voire envahi par la problématique d'un patient ; de ne pas pouvoir aider les patients comme on voudrait ; de devoir arrêter ou suspendre des prises en charge pour se préserver, ce qui peut générer de la culpabilité ; ou le traumatisme lié à ses propres vécus personnels, étant donné que nous avons tous une histoire personnelle qui peut entrer en résonance avec celle des patients. Les soignants peuvent aussi être des patients et/ou avoir des proches directement touchés par la COVID-19, un kidnapping, une catastrophe naturelle, un accident ou toute autre problématique relevant du traumatisme.

De même que les victimes ont besoin de programmes de résilience assistée, les soignants – en tant que professionnels, victimes ou citoyens – ont besoin d'assistance et de soutien. Ils ont eux aussi besoin de se sentir reconnus dans leurs souffrances : souffrance venant des catastrophes, souffrance venant des patients, souffrance du poids de leur engagement professionnel et civique envers les patients. Ils ne peuvent pas être disponibles psychiquement pour les autres s'ils ne le sont pas pour eux-mêmes.

Le traumatisme déshumanise. Dans un contexte de déshumanisation galopante, la résilience est à entendre comme la capacité à *maintenir intacte son humanité* [5] et à veiller sur celle de l'autre malgré les turbulences de la vie. Il est important de lutter contre la déshumanisation subie ainsi que contre la déshumanisation *héritée* des temps anciens, la déshumanisation *défensive* ou *acquise* par banalisation du quotidien.

Il est urgent *d'assister la résilience des soignants* en Haïti sur les plans spirituel, intellectuel, psychologique, politique, financier et matériel. Toute indifférence à leur égard relève de la non-assistance non seulement à des soignants en danger, mais aussi à un peuple en détresse, voire d'une occultation de sa propre humanité. ■

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Nancy, J.-L. (2012). *L'Équivalence des catastrophes. Après Fukushima*. Galilée.
- 2 Ionescu, S. et coll. (2011). *Traité de résilience assistée*. PUF.
- 3 Derivois, D. et coll. (2015). *Les bases de la résilience haïtienne*. Rapport remis à l'Agence Nationale de la Recherche (ANR) dans le cadre du projet RECREAHVI (Résilience et processus créateur chez les enfants et adolescents haïtiens victimes de catastrophes naturelles).
- 4 Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Gallimard.
- 5 Derivois, D. (2020). *Séismes identitaires, trajectoires de résilience. Une clinique de la mondialité*. Chronique sociale.
- 6 Worms, F. (2010). *Le moment du soin. A quoi tenons-nous ?* PUF.
- 7 Marcelli, D. (2014). Pour une conception du soin psychique à l'adolescence, dans Moro (dir.), *Psychothérapies psychanalytiques à l'adolescence. Pratiques et modèles*. Armand Colin, p. 23-42.
- 8 Laplanche, J. et Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. PUF.

Daniel Derivois est professeur de Psychologie et psychopathologie clinique, psychologue clinicien et directeur adjoint du Laboratoire Psy-DREPI (EA-7458) à l'université de Bourgogne Franche-Comté. daniel.derivois@u-bourgogne.fr