

Comprendre au lieu d'étiqueter

L'intervention auprès des survivantes d'agression à caractère sexuel psychiatisées

par Kathryn Penwill

pour



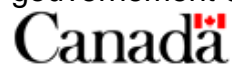
Ce document est imprimé sur du papier certifié FSC et SFI et contient
10% de fibres post-consommation

Remerciements

L'Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOcVF) tient à remercier toutes les femmes qui ont collaboré de près ou de loin à l'élaboration de ce texte, que ce soit par leur lecture attentive de l'ébauche du document, leurs témoignages ou leurs commentaires aux différentes étapes de la rédaction de ce texte.

Nous aimerions tout particulièrement souligner la contribution des femmes œuvrant auprès des victimes ou survivantes d'agression à caractère sexuel ou d'autres formes de violence, dans le réseau francophone en matière de violence faite aux femmes en Ontario, qui ont mis leur temps précieux, leur sagesse et leur expérience à contribution pour ce projet. Leur souci envers le bien-être des femmes survivantes d'agression à caractère sexuel psychiatisées et pour l'amélioration de leur sort constitue le fondement de ce travail.

Nous désirons remercier Condition féminine Canada, Programme de promotion de la femme, pour son soutien financier à la réalisation de cette recherche et à sa publication. Les opinions exprimées ici sont celles de l'Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOcVF) et ne représentent pas nécessairement le point de vue du gouvernement du Canada.



Nous désirons aussi remercier le gouvernement de l'Ontario de son soutien financier à l'*Institut de formation en matière de violence faite aux femmes*, créé par AOcVF en 2007, qui nous permet de diffuser les informations de ce document.



Relecture : Elisabeth Larsen, Diane Dupont, Suzanne Cloutier, Madeleine Dagenais

Révision : Diane Archambault, Hélène Lévesque

Mise en page : Annie Villeneuve, Pascale Ouellette

Note : Ce document a été produit en 2003-2004 et la version finale publiée en 2008.

La reproduction de ce document en tout ou en partie est permise à condition de citer la source.

Ce document est disponible en ligne ou en communiquant avec nous :



288, rue Dalhousie, pièce E
Ottawa (Ontario) K1N 7E6
Tél. : 613.241.8433
Télec. : 613.241.8435
aocvf@francofemmes.org
www.francofemmes.org/aocvf

© 2008 Action ontarienne contre la violence faite aux femmes

ISBN : 978-0-9867692-1-4

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| 1. Introduction | 1 |
| 2. La maladie mentale au Canada : un survol..... | 3 |
| 2.1 Quelques faits sur la maladie mentale..... | 3 |
| 2.2 Mythes et stéréotypes associés à la maladie mentale..... | 4 |
| 2.3 Problématiques et facteurs associés à la maladie mentale | 6 |
| 2.4 La maladie mentale et les femmes | 8 |
| 3. La psychiatrie et les survivantes d’agression à caractère sexuel dans l’enfance | 11 |
| 3.1 La reconnaissance des traumatismes par la psychiatrie | 11 |
| 3.2 La psychiatrie et la revictimisation des survivantes | 12 |
| 3.3 Causes et traitements de la maladie mentale : perspectives et enjeux | 16 |
| 3.3.1 Le débat entre biochimie et environnement | 16 |
| 3.3.2 Les mouvements pour le changement | 18 |
| 4. La reconnaissance de l’impact des traumatismes..... | 23 |
| 4.1 Le corps et le traumatisme | 23 |
| 4.2 Comprendre au lieu d’étiqueter..... | 25 |
| 4.3 Le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT)..... | 30 |
| 4.4 Discussion | 31 |
| 5. L’intervention féministe auprès des survivantes d’agression à caractère sexuel psychiatisées | 33 |
| 5.1 Le contexte de notre intervention..... | 33 |
| 5.1.1 Le contexte social | 33 |
| 5.1.2 Le contexte organisationnel : spécificité et limites de nos organismes | 36 |
| 5.2 Les enjeux de l’intervention | 38 |
| 5.2.1 Les grandes lignes de l’approche d’intervention féministe | 38 |
| 5.2.2 Les défis et les enjeux de l’intervention..... | 45 |
| 6. Conclusion..... | 57 |
| Bibliographie | 59 |
| Annexes | |
| Annexe I Catégories de maladies mentales majeures | 63 |
| Annexe II Ressources | 72 |
| Annexe III Quelques suggestions pour désamorcer une crise | 76 |
| Annexe IV Tableau synthèse des principaux médicaments utilisés en santé mentale | 77 |
| Annexe V Lignes directrices, pratiques et stratégies d’intervention auprès des survivantes d’agression à caractère sexuel psychiatisées..... | 79 |

1. Introduction

Depuis la remise en question globale de nos institutions sociales par le mouvement des femmes en Amérique du Nord dans les années 1970, le domaine de la psychiatrie a souvent été examiné d'un œil critique par les féministes. À partir des témoignages de femmes psychiatisées¹ relatant les traitements injustes et néfastes qu'elles ont subis en institution psychiatrique, les féministes ont cerné les croyances et les valeurs sexistes et misogynes qui sont à la base de l'approche psychiatrique. Elles ont décortiqué le chemin par lequel ces croyances et ces valeurs ont justifié des pratiques et ont mené à des interventions servant à renforcer l'oppression des femmes et à maintenir les femmes psychiatisées en situation d'impuissance. L'ampleur de la souffrance des femmes aux mains de psychiatres et d'autres professionnels et professionnelles en psychiatrie, a mené une chanssonnière et poète québécoise à déclarer que, pour le mouvement féministe, ces femmes en institution psychiatrique sont « nos prisonnières politiques »².

À la même époque, l'échange et le partage de l'expérience vécue par les femmes les ont amenées à constater l'extrême fréquence de la violence qu'elles ont subie comme adultes ou comme enfants. L'agression à caractère sexuel, y compris l'inceste, constitue une manifestation particulièrement flagrante de la domination des hommes et de la misogynie qui réduit les femmes et les enfants à des objets sexuels. Que ce soit par la violence ou par d'autres formes d'oppression, le lien entre la victimisation des femmes et leur souffrance émotionnelle était évident pour les féministes. Par contre, ce lien a été ignoré par la psychiatrie.

Trente ans plus tard, des stéréotypes ainsi qu'une peur et une méfiance envers les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale prédominent dans notre société. La psychiatrie continue largement à rejeter le lien entre le traumatisme attribuable à l'abus sexuel vécu dans l'enfance et les problèmes de santé mentale. Par exemple, la violence conjugale, le fait d'être victime de torture ou témoin de la guerre, le fait d'être réfugiée ou nouvellement arrivée au Canada, sont parmi des situations traumatisantes que les femmes peuvent avoir vécues. Bien que certaines informations contenues dans ce texte s'appliquent aussi à ces femmes, l'envergure de ce projet n'a pas permis d'inclure tous les types de traumatismes possibles vécus par les femmes. Le présent texte se concentre sur le traumatisme causé par l'agression à caractère sexuel vécu dans l'enfance. Il existe une lueur d'espoir cependant du fait que certains professionnels et professionnelles en santé mentale, dont des psychiatres, des infirmières psychiatriques, des travailleuses sociales et des travailleurs sociaux, reconnaissent ce lien et luttent pour des services en santé mentale qui tiennent compte de cette réalité. Par ailleurs, un mouvement actif composé de consommatrices et de consommateurs de services en santé mentale, de survivantes et de survivants psychiatriques et d'autres militants, lutte pour la revendication des droits des personnes

¹ Par le terme « psychiatisées », nous entendons les femmes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale d'un psychiatre ou d'un autre médecin.

² Déclaration faite par Marie Savard lors d'un spectacle dans les années 1970.

psychiatisées et pour la remise en question et la démystification des problèmes de santé mentale, la sensibilisation du public et l'amélioration du système de santé mentale.

En plus, un réseau communautaire de services féministes s'est développé en Amérique du Nord. En Ontario, le réseau francophone de l'Action ontarienne contre la violence faite aux femmes (AOcVF) comprend une diversité d'organismes ayant différents mandats et offrant différents services. Parmi les usagères de nos services, quels que soient le mandat et la clientèle de ceux-ci, on trouve des femmes dites «psychiatisées», c'est-à-dire qui ont été patientes dans une institution psychiatrique et chez qui on a diagnostiqué une « maladie mentale ». Bon nombre de ces femmes sont également survivantes d'agression à caractère sexuel dans l'enfance³. Elles ont des besoins à plusieurs niveaux, comme femmes, comme survivantes d'abus sexuel et comme personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

En tant que service féministe, nous œuvrons à partir de certains principes bien définis et d'une reconnaissance claire de l'oppression des femmes et de son impact sur celles qui utilisent nos services. Notre analyse nous permet de comprendre la nature politique de l'expérience vécue par les femmes psychiatisées qui sont survivantes d'agression à caractère sexuel dans l'enfance. Nous voulons que notre intervention reflète ces principes et cette analyse. Cependant, répondre aux besoins particuliers de cette clientèle peut présenter certains défis. L'application des principes féministes aux méthodes d'intervention utilisées dans les situations concrètes où se trouvent les femmes psychiatisées n'est pas toujours évidente.

Ce document vise à sensibiliser les intervenantes du réseau de l'AOcVF au lien qui existe entre les problèmes de santé mentale et l'agression à caractère sexuel dans l'enfance ainsi qu'à l'expérience vécue par les femmes psychiatisées. Il vise également à offrir des connaissances de base concernant la psychiatrie et le domaine de la santé mentale. Enfin, il cherche à développer une analyse critique de la psychiatrie, à cerner les principaux dilemmes et enjeux soulevés par l'intervention féministe auprès de cette clientèle et à entreprendre une réflexion à ce sujet. Le but ultime est d'outiller les intervenantes pour leur permettre de faire face aux situations concrètes dans lesquelles elles se trouvent lorsque des femmes psychiatisées qui sont survivantes d'agression à caractère sexuel dans l'enfance utilisent leurs services⁴. Mais voici tout d'abord un survol des données générales sur la maladie mentale au Canada.

³ Cette publication est destinée aux intervenantes qui œuvrent en Ontario dans les services en français pour femmes violentées, que ce soit dans les centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), les maisons d'hébergement ou les autres services communautaires. Pour cette raison, dans le texte nous utilisons sans distinction les termes « survivantes d'abus sexuel » et « survivantes d'agression à caractère sexuel » au féminin seulement, sans toutefois nier que des hommes et des garçons peuvent subir cette forme de violence.

⁴ Les informations et données présentées dans le texte ont été puisées dans une variété de sources indiquées dans la bibliographie. Afin d'alléger le texte, les sources ne sont pas indiquées dans le texte même, à moins que l'information ou le concept présenté soit original et sans précédent. Dans ce cas, la source est indiquée dans une note de bas de page.

2. La maladie mentale au Canada : un survol

Lorsqu'on parle de « maladie mentale », on fait référence à une façon de comprendre la détresse émotionnelle ou mentale, de la définir et de concevoir les formes qu'elle prend, ses causes et son traitement. Il existe de nombreuses perspectives sur la façon d'envisager la question. Dans cette section, nous présentons quelques faits concernant la maladie mentale au Canada, tels que décrits par le ministère de la Santé du Canada et le « Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health » dans le *Rapport sur les maladies mentales au Canada* (2002), et par l'Association canadienne pour la santé mentale. Plus loin, nous analyserons divers points de vue concernant ces informations.

2.1 Quelques faits sur la maladie mentale

Selon le *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, « Les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à une importante détresse et à un dysfonctionnement »⁵. Environ 20 p.100 des Canadiens et Canadiennes seront atteints d'une maladie mentale au cours de leur vie⁶. En Ontario, 1,5 million d'Ontariennes et Ontariens présentent des symptômes de maladie mentale⁷.

En général, les maladies mentales se situent le long d'un axe allant de « graves » à « légères », selon la durée de la maladie ou sa nature chronique, l'invalidité ou le degré d'incidence sur le fonctionnement de la personne, et le diagnostic ou le type de maladie mentale. Les diagnostics prédominants considérés comme graves sont : la schizophrénie, les troubles affectifs graves, le syndrome cérébral organique ainsi que les psychoses délirantes et autres. On estime qu'en Ontario, 75 000 personnes sont atteintes de maladies mentales dites graves, soit 0,75 % de la population.

On trouve une classification exhaustive des types de maladies mentales dans un document intitulé le « DSM-IV », c'est-à-dire la quatrième version du « *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ». Ce document, révisé en 1994 et dont la mise à jour la plus récente a eu lieu en 2000, constitue le point de référence pour les diagnostics des psychiatres. Bon nombre de professionnels et professionnelles de la santé mentale s'appuient sur la terminologie et les définitions contenues dans le DSM-IV pour dresser

⁵ Ch. 1 - *Les maladies mentales au Canada : Aperçu*, p. 16, dans *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Ottawa, 2002.

⁶ Ch. 1 - *Les maladies mentales au Canada : Aperçu*, p. 17.

⁷ Dans l'introduction de *Mettre la personne au premier plan : La réforme des services de santé mentale en Ontario*, p. 2.

le portrait de leur intervention. Parmi les catégories de maladies mentales majeures, les plus courantes sont :

- ♦ la schizophrénie
- ♦ les troubles affectifs
- ♦ les troubles d'anxiété
- ♦ les troubles de la personnalité
- ♦ les troubles alimentaires

D'autres catégories de maladies mentales sont moins courantes, mais nous les incluons à cause de leur pertinence pour les survivantes d'agression à caractère sexuel dans l'enfance :

- ♦ les troubles somatoformes
- ♦ les troubles de dissociation
- ♦ les troubles liés aux substances

L'incidence des maladies mentales varie selon le type de maladie. Par exemple, on estime que la schizophrénie touche environ 1 % des Canadiens et Canadiennes, les troubles de l'humeur, environ 10 % et les troubles anxieux, environ 12 %⁸.

Pour chacune de ces catégories de maladies mentales, ainsi que pour les sous-catégories qui ont été identifiées, le DSM-IV donne une description exhaustive des symptômes et des caractéristiques qui y sont associées. En nous basant sur des documents de vulgarisation publiés par l'Association canadienne pour la santé mentale et par Santé Canada, sur le *Rapport sur les maladies mentales au Canada* et sur des extraits du DSM-IV, nous dressons en annexe les grandes lignes des symptômes, caractéristiques et comportements associés aux maladies mentales mentionnées ci-dessus (voir Annexe I - Catégories de maladies mentales majeures). Nous insérons ces renseignements dans l'espoir qu'ils soient utiles aux intervenantes lorsqu'elles revendiquent les droits d'une femme auprès du système de santé mentale.

Le DSM-IV et l'attribution de l'étiquette « maladie mentale » à des difficultés émotionnelles et mentales ou à des comportements « différents » suscitent beaucoup de débats et de controverses. Ces analyses critiques seront examinées à la section 3. Malgré les efforts pour présenter la maladie mentale comme un problème de santé, les personnes aux prises avec des difficultés émotionnelles vivent une stigmatisation souvent basée sur des stéréotypes et des mythes.

2.2 Mythes et stéréotypes associés à la maladie mentale

Bien des mythes et stéréotypes existent au sujet des personnes souffrant de maladie mentale. Ceux-ci perpétuent dans la population une attitude de méfiance, de peur et de

⁸ Dans *Quelles sont les maladies mentales graves les plus courantes ? Comment les reconnaît-on ?* Feuillet d'information élaboré pour le Réseau canadien de la santé par l'Association canadienne pour la santé mentale (bureau national).

dédain de telle sorte que « la stigmatisation associée aux personnes souffrant d'une maladie mentale peut être encore plus accablante que la maladie elle-même »⁹.

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont souvent perçues comme violentes et dangereuses. Cette croyance populaire est renforcée par la représentation médiatique qui est souvent faite de ces personnes. Or, les faits montrent que ces personnes, comme groupe, ne sont pas plus violentes que n'importe quel autre groupe. Il existe un risque élevé de violence chez une minorité restreinte de personnes souffrant de types précis de maladies mentales, tels qu'une psychose ou des dommages neurologiques. La toxicomanie accroît ce niveau de risque. Toutefois, il a été démontré que même chez ce groupe minoritaire, les services et le soutien offerts peuvent contribuer à prévenir la violence. Il demeure vrai que la vaste majorité des personnes ayant des problèmes de santé mentale ne sont pas violentes.

L'image associée à la maladie mentale est souvent celle d'une personne pauvre ou d'intelligence médiocre, ce qui contribue entre autres aux attitudes négatives. Pourtant, les maladies mentales touchent des personnes de toutes les professions et de tous les niveaux d'éducation et d'intelligence. Elles touchent des personnes de différentes races et cultures, des hommes et des femmes, des enfants, des jeunes et des personnes âgées.

L'idée fautive selon laquelle une faiblesse personnelle cause la maladie mentale mène à des jugements de valeur envers des personnes qui vivent de réelles difficultés et qui font face à de vrais obstacles. Ce n'est pas une question de paresse et la personne n'a pas choisi d'avoir des difficultés émotionnelles; la personne ne peut pas non plus simplement choisir d'aller mieux. Souvent, il n'y a pas de solution simple ou facile.

Certains croient que la maladie mentale est un trouble ayant une cause unique. Or, c'est rarement le cas. Les facteurs combinés de pauvreté, d'isolement social et de violence en sont un exemple. En réalité, tel que mentionné, les manifestations des difficultés émotionnelles et mentales vécues par les êtres humains sont multiples et complexes et elles peuvent toucher un nombre important de personnes à un moment donné au cours de leur vie.

Ces attitudes et fausses croyances se manifestent par des paroles blessantes ou des étiquettes telles que « *crackpot* », « fou », « dingue », « cinglé » ou « toqué ». Ce sont là des exemples de mots qui alimentent la stigmatisation associée à la maladie mentale¹⁰. La remise en question de ces croyances envers la maladie mentale peut nous mener à une réflexion sur notre propre attitude face aux gens qui sont différents de nous, peu importe à quel niveau (comportement, apparence, croyances, façon de s'exprimer, etc.).

⁹ Extrait de *Les mythes sur la maladie mentale*, une brochure d'éducation publique publiée par l'Association canadienne pour la santé mentale.

¹⁰ Extrait de *Les mythes sur la maladie mentale*, une brochure d'éducation publique publiée par l'Association canadienne pour la santé mentale.

2.3 Problématiques et facteurs associés à la maladie mentale

Certaines problématiques et certains facteurs semblent associés à la maladie mentale sans qu'une relation de cause à effet soit généralement reconnue par les professionnels et professionnelles œuvrant dans le domaine de la santé mentale.

La pauvreté en est un exemple. Des caractéristiques comme un niveau de scolarité peu élevé, un faible revenu, la précarité d'emploi, la monoparentalité et un statut d'immigrant ou de réfugié, associées à la présence de problèmes de santé mentale, donnent à penser que la vulnérabilité socio-économique est un facteur de prédiction de la maladie. En effet, bon nombre d'études ont montré que le statut socio-économique est inversement proportionnel au développement d'une maladie mentale. Certains affirment qu'il existe une association directe entre la pauvreté et la maladie mentale. Le fait de vivre en état de pauvreté crée un stress et un manque de débouchés et génère, par conséquent, du désespoir et de la colère. Cela augmente la probabilité de développer une maladie mentale. Cependant, d'autres soulignent que la pauvreté n'est pas en soi une cause de maladie mentale puisque celle-ci touche des personnes provenant de toutes les classes sociales et que la grande majorité des personnes vivant dans la pauvreté n'ont pas de maladie mentale.

Par ailleurs, le fait de vivre avec une maladie mentale peut entraîner un glissement vers la pauvreté à cause de la difficulté à garder un emploi et à s'assurer un revenu stable. De plus, on dénote que le nombre de personnes sans abri ayant un problème de santé mentale est à la hausse. Toutefois, une quantité importante de personnes aux prises avec des troubles de santé mentale réussissent à trouver et à garder un emploi.

Ces faits laissent entendre que, bien qu'il existe un lien entre la maladie mentale et la pauvreté, il s'agit d'un phénomène complexe auquel d'autres facteurs contribuent également. La reconnaissance de la complexité est importante, car une association trop étroite entre pauvreté et maladie mentale peut mener à des stéréotypes et à des hypothèses mal fondées :

Si les approches épidémiologiques peuvent jouer un rôle important dans la détermination des indicateurs socio-économiques qui menacent la santé mentale, elles peuvent, par un effet pervers, stigmatiser des personnes vulnérables en les enfermant dans une logique de groupes « à risque » sur lesquels sera déployé le dispositif d'intervention habituel (Blais, 1995).

De nombreuses études ont établi un lien entre des problèmes de santé mentale et des antécédents de traumatismes graves vécus dans l'enfance ou à l'âge adulte¹¹. Parmi les

¹¹ Beck, James C. et Bessel van der Kolk (1987). *Reports of Childhood Incest and Current Behavior of Chronically Hospitalized Psychotic Women*. *American Journal of Psychiatry* 144:11, 1474 – 1476; Bryer, Jeffrey B. et autres (1987). *Childhood Sexual and Physical Abuse as Factors in Adult Psychiatric Illness*. *American Journal of Psychiatry*, 144: 11, 1426 – 1430; Herman, Judith Lewis, et autres (1989). *Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 146:4, 490 – 495.

types d'événements qui peuvent créer un traumatisme, on compte une agression physique ou sexuelle vécue dans un contexte familial, une relation intime ou un contexte de guerre, de même qu'un désastre naturel ou un accident.

Des études ont montré qu'un incident traumatique vécu à l'âge adulte peut déclencher des problèmes de santé mentale chez certaines personnes. Par ailleurs, un nombre élevé de personnes psychiatriquées ont un antécédent de traumatismes vécus dans l'enfance¹². Les chiffres révèlent la pertinence particulière des traumatismes pour certains types de diagnostics. En particulier, un traumatisme vécu dans l'enfance est fortement associé à :

- ♦ des troubles dissociatifs, notamment un trouble dissociatif de l'identité;
- ♦ une dépression;
- ♦ un trouble de la personnalité limite;
- ♦ la toxicomanie ou des troubles liés aux substances;
- ♦ des troubles alimentaires;
- ♦ un trouble de stress post-traumatique¹³.

Toutefois, il est important de souligner que le pourcentage de survivantes d'agression à caractère sexuel vécue dans l'enfance qui développent une « maladie mentale » est peu élevé¹⁴.

Un lien particulier existe également entre la toxicomanie et d'autres formes de maladies mentales. Dans le DSM-IV, la définition des « troubles liés aux substances » inclut les troubles liés à la consommation de drogues (les drogues illégales et l'alcool) ou de médicaments. Beaucoup de personnes aux prises avec une maladie mentale ont en même temps des problèmes de toxicomanie. Par ailleurs, une grande proportion de personnes aux prises avec la toxicomanie souffrent d'au moins une maladie mentale grave. Dans ce cas, il s'agit de ce qu'on appelle un « double diagnostic » de maladie mentale, une combinaison qui augmente les risques pour la sécurité physique et émotionnelle et qui menace la santé générale de la personne.

On pourrait se demander laquelle des deux, la toxicomanie ou l'autre maladie mentale, se développe en premier. Souvent, des problèmes de santé mentale précèdent la toxicomanie. Une personne souffrant d'une difficulté émotionnelle consomme des drogues ou de l'alcool dans l'espoir de se sentir mieux. Il arrive aussi qu'une personne souffrant de toxicomanie développe par la suite des problèmes de santé mentale en raison des situations stressantes créées par les conséquences de son style de vie lié à sa consommation.

¹² Beck, James C. et Bessel van der Kolk (1987). *Reports of Childhood Incest and Current Behavior of Chronically Hospitalized Psychotic Women*. *American Journal of Psychiatry* 144:11, 1474 – 1476; Bryer, Jeffrey B. et autres (1987). *Childhood Sexual and Physical Abuse as Factors in Adult Psychiatric Illness*. *American Journal of Psychiatry*, 144: 11, 1426 – 1430; Herman, Judith Lewis, et autres (1989). *Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 146:4, 490 – 495.

¹³ Everett, Barbara et Ruth Gallop (2001). *The Link Between Childhood Trauma and Mental Illness: Effective Interventions for Mental Health Professionals*. Thousand Oaks: Sage Publications.

¹⁴ Everett et Gallop, *The Link Between*.

Enfin, les personnes atteintes de certaines maladies mentales peuvent présenter un risque élevé de suicide, en particulier les personnes touchées par la dépression majeure, le trouble bipolaire, la schizophrénie et le trouble de la personnalité limite. Cependant, le suicide n'est pas considéré comme une maladie mentale.

Un autre facteur de la maladie mentale est le sexe de la personne. S'il est vrai que la maladie mentale affecte tous les secteurs et groupes de la société, l'appartenance au sexe féminin augmente la prédisposition à vivre des problèmes de santé mentale. Les faits et les statistiques en témoignent.

2.4 La maladie mentale et les femmes

On ne peut passer sous silence l'importance des chiffres en ce qui a trait aux liens entre la maladie mentale, les enjeux de celle-ci et les femmes. Les chiffres sont en effet révélateurs de la place qu'occupent les femmes par rapport aux hommes dans notre société.

Les psychiatres sont majoritairement des hommes. La majorité des patients psychiatriques et des utilisateurs de services en santé mentale sont des femmes. En effet, les femmes ont deux fois plus de probabilité de recevoir un diagnostic de « maladie mentale » que les hommes, créant ainsi une dynamique dans laquelle les hommes « experts » « sauvent » les femmes, leurs patientes.

Les femmes plus que les hommes souffrent de :

- ♦ **dépression** : les femmes en souffrent deux fois plus que les hommes; c'est le problème de santé mentale le plus répandu chez les femmes au Canada;
- ♦ **troubles d'anxiété** : environ 16 p. 100 des femmes au Canada en souffrent comparativement à environ 9 p. 100 des hommes. Les troubles d'anxiété viennent en deuxième place dans l'ordre de fréquence des maladies mentales pour lesquelles les femmes utilisent des services en santé mentale;
- ♦ **troubles de l'alimentation** : 95 p. 100 des personnes souffrant de troubles de l'alimentation sont des femmes; 5 p. 100 de toutes les Canadiennes souffrent d'anorexie ou de boulimie, et ce taux semble être à la hausse.

Souvent, les types de maladie mentale fortement associés aux femmes ou aux hommes sont le reflet de la socialisation traditionnelle des sexes et de l'oppression vécue par les femmes. Par exemple, les facteurs socioculturels sont associés aux troubles de l'alimentation. Ainsi va la culture de notre société qui fait la promotion d'une vision idéalisée de la beauté représentée par les femmes minces.

Les sous-catégories des troubles de la personnalité sont aussi fortement en corrélation avec le sexe de la personne :

- ♦ **Le trouble de la personnalité limite**, une maladie mentale clairement liée à l'agression à caractère sexuel dans l'enfance, est diagnostiqué beaucoup plus souvent chez les femmes que chez les hommes;

- ♦ **Les troubles de la personnalité dépendante et les troubles de la personnalité hystérique** sont plus souvent diagnostiqués chez les femmes;
- ♦ **Le trouble de la personnalité antisociale** est plus souvent diagnostiqué chez les hommes.

La description de ces formes de « troubles de la personnalité » (voir Annexe I - Catégories de maladies mentales) peut être aisément mise en parallèle avec les différences dans les rôles sociaux des hommes et des femmes, tels que renforcés par la socialisation traditionnelle. En outre, le rapprochement avec l'abus sexuel dans l'enfance, est pertinent au niveau du genre puisque nous savons que les femmes, presque deux fois plus que les hommes, en sont victimes. Il est néanmoins important de se rappeler qu'un nombre important d'hommes sont également survivants d'abus sexuel dans l'enfance.

On sait qu'il existe un lien étroit entre les traumatismes vécus dans l'enfance, tels que l'agression à caractère sexuel, et les difficultés au niveau de la santé mentale. Cette combinaison augmente la vulnérabilité des personnes, souvent des femmes, qui vivent une telle réalité. Est-il alors surprenant que 80 p. 100 des femmes incarcérées au Canada soient survivantes d'abus sexuel ou de violence physique et que 59 p. 100 des femmes incarcérées à la prison pour femmes à Kingston en Ontario, aient des comportements autodestructeurs tels que l'automutilation ? De plus, dans cette population, les troubles alimentaires de même que la dépression, les troubles du sommeil et des niveaux d'anxiété élevés¹⁵ sont fréquents. Ces indices de souffrance émotionnelle ne témoignent-ils pas de l'expérience de revictimisation, vécue par des survivantes d'abus sexuel, dans une institution telle que le système carcéral ?

Enfin, si la pauvreté et les conditions sociales qui y sont associées, sont considérées comme des facteurs de risque sur le plan de la santé mentale, il est important de souligner que la pauvreté a toujours « un visage de femme » au Canada¹⁶.

Tout ceci pour dire que le sexe de la personne ou le genre est un facteur pertinent à prendre en considération lorsqu'on tente de comprendre les problèmes de santé mentale. L'oppression vécue par les femmes comme groupe dans ses manifestations variées est liée à la « maladie mentale ». Cependant, comme institution, la psychiatrie ne reconnaît pas en général le lien entre la maladie mentale et l'inégalité des femmes, même lorsqu'il s'agit d'agression à caractère sexuel.

Bien que la recherche révèle la prépondérance de survivantes et de survivants de traumatismes vécus dans l'enfance parmi les patientes et patients en psychiatrie, bon nombre de psychiatres continuent à nier la pertinence de ce phénomène. Ce déni persiste depuis plus d'une centaine d'années, malgré les connaissances qui se

¹⁵ Extrait du dépliant *Facts About Sexual Abuse And Women In Conflict With the Law*, publié par Elizabeth Fry Society of Toronto. Sans date.

¹⁶ Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario (2000). *La pauvreté résultant des politiques de l'État*. Document d'information supplémentaire N° 1, 2 000 Bonnes raisons de marcher : Pour la liberté et la sécurité de toutes les femmes du monde.

multiplient à ce sujet. Le refus d'intégrer ces connaissances à la pratique mène, au mieux, à des services et à des « traitements » inappropriés et, au pire, à des services destructeurs ou retraumatisants.

3. La psychiatrie et les survivantes d'agression à caractère sexuel dans l'enfance

3.1 La reconnaissance des traumatismes par la psychiatrie

Ce n'est pas la première fois dans l'histoire de la psychiatrie que le secret entourant l'agression à caractère sexuel des enfants est mis au jour. Il est arrivé maintes fois depuis les cent cinquante dernières années que les psychiatres aient eu à faire face à la réalité de l'abus. Chaque fois, on a fermé les yeux sur la vérité, on l'a cachée.

C'est pendant la deuxième moitié du dix-neuvième siècle que Pierre Janet, étudiant en psychiatrie à Paris, a établi un lien chez bon nombre de ses patientes entre un état qu'on appelait à l'époque « hystérie » et l'abus sexuel vécu dans l'enfance. Janet a développé une théorie sur l'impact de ce genre de traumatisme, qui décrivait et expliquait de façon assez précise le phénomène qu'on appelle maintenant « dissociation ».

Ce mécanisme de défense se développe lorsque le jeune enfant fait face à une situation qui provoque en lui des émotions trop fortes et trop intenses pour lui permettre de les intégrer. L'enfant se protège psychiquement en séparant sa conscience de ses émotions et de ses sensations physiques. Ce découpage de son expérience en compartiments lui permet de vivre une situation insupportable sans ressentir les émotions et les sensations corporelles qui en résultent. Janet avait compris que les symptômes d'« hystérie » présentés par ses patientes étaient en fait la réaction émotionnelle et physique dissociée de l'événement traumatique vécu longtemps auparavant, c'est-à-dire l'abus sexuel.

Sigmund Freud a pris connaissance du travail de Janet. Il a observé les mêmes symptômes chez ses propres patientes qui avaient, elles aussi, dévoilé des expériences d'abus sexuel dans l'enfance. Freud a entériné la thèse de Janet et il a publié un article à ce sujet. Cependant, les répercussions ont été trop menaçantes pour sa carrière. Ses collègues s'étant moqués de lui, Freud a retiré son article, et la théorie reliant l'hystérie à un passé d'abus sexuels a été enterrée.

Le lien entre le traumatisme et les problèmes de santé mentale a ressurgi lors des première et deuxième guerres mondiales. Les psychiatres constataient que bon nombre de soldats revenaient de la guerre avec des psychoses qui se manifestaient par des hallucinations auditives, visuelles ou autres. Ils réagissaient avec grande frayeur à des événements ou phénomènes anodins. Certains psychiatres étudiant ce phénomène ont commencé à établir un lien entre l'expérience terrifiante et traumatisante de la guerre et la psychose, les frayeurs et d'autres symptômes de détresse émotionnelle.

Malheureusement, dès la fin de la guerre, ce travail a été abandonné. Les années 1950 et 1960 n'ont marqué aucun progrès en ce qui a trait aux traumatismes et à leur impact sur la santé mentale.

La plus récente remontée de la découverte du lien entre les traumatismes et la maladie mentale dans notre société a eu lieu au cours des années 1970. Deux puissants

mouvements, le mouvement contre la guerre au Vietnam et le mouvement des femmes, ont permis, entre autres par la reconnaissance de la réalité des répercussions d'événements traumatisants, aux survivantes de toutes les formes de violence contre les femmes et les enfants de briser le silence entourant leur passé.

Les soldats qui revenaient du Vietnam présentaient les mêmes symptômes traumatiques que ceux qui revenaient des deux guerres mondiales : des images récurrentes (*flashbacks*) déclenchées et revécues par l'entremise de l'un ou l'autre des sens. On a observé le même phénomène chez les survivantes de viol, de violence conjugale et d'inceste. On a déterminé que la source commune de ce trouble était l'expérience traumatisante et on a nommé ce trouble « syndrome de stress post-traumatique » (SSPT).

Depuis la découverte du SSPT, les recherches se poursuivent sur la nature de l'impact du traumatisme aux niveaux biologique et psychologique. Cependant, il existe encore, dans le domaine de la psychiatrie, une résistance à reconnaître le lien entre le traumatisme – et surtout le traumatisme vécu pendant l'enfance – et la maladie mentale.

Selon Herman (1992), il est très difficile de développer et de maintenir une conscience sociale de l'existence d'atrocités. Le secret qui entoure le traumatisme découlant de la cruauté et de la violence est maintenu tant par le déni social que par celui des victimes. Les survivantes et survivants ne veulent pas faire face à leurs émotions douloureuses et terrifiantes pas plus que la société élargie ne veut entendre parler de ce qui s'est passé :

Ceux qui tentent de décrire les atrocités dont ils sont témoins risquent aussi leur propre crédibilité. Parler publiquement d'atrocités, c'est inviter la stigmatisation qui s'attache aux victimes... La connaissance d'événements horribles envahit de façon périodique la conscience publique, mais est rarement retenue longtemps. Le déni, la répression et la dissociation opèrent au niveau social autant qu'au niveau individuel¹⁷.

Un exemple récent de ce phénomène de déni social est le génocide de 1994 au Rwanda dont a témoigné le général Roméo Dallaire.

Herman affirme qu'un mouvement social est nécessaire pour briser le secret et amener les personnes qui n'ont pas vécu de traumatismes à reconnaître la souffrance des autres. Ce sont les mouvements contre la guerre et le mouvement des femmes qui ont joué ce rôle, mais cette bataille n'est pas encore gagnée. La psychiatrie perpétue l'invisibilité de l'abus sexuel des enfants en niant ou en réfutant l'importance centrale du traumatisme et de la détresse émotionnelle des patientes.

3.2 La psychiatrie et la revictimisation des survivantes

Le poème qui suit évoque l'expérience de bon nombre de femmes qui ont séjourné dans un hôpital psychiatrique. Il décrit la solitude et la perte d'estime de soi, de dignité et

¹⁷ Herman, Judith Lewis (1992). *Trauma and Recovery*, New York: Basic Books, p. 2. Traduction libre.

d'intégrité de la personne. Il souligne aussi le contrôle qu'exercent les professionnels et professionnelles sur l'expression des émotions et des pensées de ces femmes :

*Ici, c'est le bout de la solitude
Ici, les gens ont tellement souffert
Qu'ils ne sont plus personne
C'est un monde étrange où il faut
s'expliquer, s'exprimer, se défouler, se confier,
pour enfin se guérir du besoin
de s'expliquer, de s'exprimer, de se défouler, de se confier
Y paraît qu'il faut coller à ses émotions
Mais encore là, y a une manière de le faire
Si tu pognes trop les nerfs
Ça risque de déplaire à l'équipe multidiscipli-nerfs !
L'autre jour, à l'hôpital
J'ai dit tout haut ce que je pensais tout bas :
« ICI ON TUE LE TEMPS EN ATTENDANT DE SE TUER »
Ça pas pris de temps qu'on m'a demandé des explications
La prochaine fois, je vais me fier à mon intuition
En psychiatrie, il y a une règle d'or à observer
Une fois que tu tombes dans leurs pattes
Essaye donc pas de faire la « smatte »¹⁸.*

L'intervention des psychiatres et d'autres professionnels et professionnelles se concentre sur les symptômes et le diagnostic des patientes. Toute réaction, expression émotionnelle ou problème de la patiente ou du patient, quelles que soient ses origines, risque d'être interprété en fonction de cette étiquette et perçu comme « pathologique » ou comme une manifestation de la maladie.

Pas longtemps après qu'on m'a coupé le Valium, je me suis rendu compte que je ne reverrais jamais plus mon père. Je suis entrée dans la « salle d'à côté » (la cellule où on retient les personnes en isolement et qu'on permettait aux patients de notre section d'utiliser sans serrure si nous voulions être seuls) et j'ai hurlé puisque j'étais en deuil suite à la perte de mon père. Plus tard, j'en ai parlé à mon médecin et je me suis servie du mot « hurler ». Il a dit : « Oh ! c'est intéressant. Je ne me suis pas rendu compte que tu étais encore psychotique quand tu as été admise. »¹⁹

Plusieurs éléments font de l'agression à caractère sexuel une expérience traumatisante : la sévérité et la fréquence des traumatismes, l'âge, l'absence de soutien social et de validation de l'expérience vécue, le déséquilibre de pouvoir, la perte de contrôle, le secret qu'on doit garder, le déni de sa réalité et l'invisibilité de ses besoins, l'isolement et

¹⁸ *Faut pas chercher à comprendre* de Carole Labrèche, publié dans *Reflets*, Vol. 1, N° 2, automne 1995.

¹⁹ Shimrat, Irit (1997). *Call Me Crazy: Stories from the Mad Movement*. Vancouver: Press Gang Publishers. Traduction libre.

la solitude, et la douleur émotionnelle et physique qui doit être réprimée. On peut facilement retrouver plusieurs de ces mêmes éléments dans les services psychiatriques lorsqu'ils sont basés sur le modèle médical. La dynamique créée par la présence de ces éléments retraumatise les survivantes d'agression à caractère sexuel et leur font revivre les expériences du passé :

Je sais que les choses s'améliorent, comme mes limites personnelles et d'autres choses. Avoir ce diagnostic (de trouble de personnalité limite) a eu comme conséquence que j'ai été traitée exactement de la même façon que quand j'étais à la maison. Dès l'instant où j'ai reçu ce diagnostic, les gens ont cessé de me traiter comme si ce que je faisais avait un sens. Tout ce traitement psychiatrique était aussi destructif que ce qui s'était passé avant. Nier la réalité de mon expérience, voilà ce qui était le plus néfaste. Ne pouvoir faire confiance à personne, c'était l'effet le plus grave. Je sais que je me suis comportée de façon méprisable. Mais je n'étais pas folle. Certaines personnes se comportent comme ça parce qu'elles sont désespérées. J'ai quand même trouvé sur mon chemin quelques personnes qui ont su me comprendre même si j'avais de graves problèmes. Les bons thérapeutes ont été ceux qui ont vraiment validé mon expérience²⁰.

La retraumatisation des survivantes d'agression à caractère sexuel qui utilisent les services externes ou internes des institutions psychiatriques est la conséquence d'une approche fondée sur le modèle médical de la santé mentale. Ce modèle se concentre sur les symptômes ou les manifestations de la maladie mentale qui déterminent le diagnostic et le traitement de la malade, le plus souvent à l'aide de médicaments. En d'autres mots, l'attention est portée sur les caractéristiques et comportements observables par le psychiatre et non sur l'expérience de la personne en détresse et les facteurs environnementaux déclencheurs. Aucun effort n'est fait pour comprendre sa situation, sa perspective ou ce qui a provoqué la manifestation de ces symptômes, car elle est malade.

Les professionnels et professionnelles en psychiatrie œuvrant à partir du modèle médical font peu de dépistage de la violence vécue. On pose rarement la question à une personne pour savoir si elle a un passé d'abus. Si une femme dévoile qu'elle a subi des agressions à caractère sexuel, elle risque une réaction peu favorable. Soit qu'on ne tienne pas compte de ses paroles ou qu'on en minimise l'importance dans sa situation actuelle. La survivante pourrait même faire face à de la méfiance, à du scepticisme ou on pourrait croire qu'elle délire.

Selon les théories prédominantes en psychiatrie, les causes de la maladie²¹ sont internes; les facteurs ou événements extérieurs, tels que le traumatisme vécu pendant l'enfance, ne sont pas pertinents au niveau du traitement de la maladie. À l'heure actuelle, cette tendance est exacerbée par le fait que les hôpitaux psychiatriques visent

²⁰ Extrait de : Judith Lewis Herman (1992). *Trauma and Recovery*, p. 128. Traduction libre.

²¹ La question des théories et perspectives en ce qui a trait à la cause de la maladie mentale sera traitée plus en détail dans la prochaine section.

la gestion immédiate de la crise. Les séjours sont en général courts, le but étant de calmer la crise et de stabiliser la personne pour la réintégrer dans la collectivité dès que possible.

J'étais hospitalisée à l'Institut psychiatrique Clarke à Toronto en 1991, avec un diagnostic de dépression majeure; j'avais essayé de me suicider quelques années auparavant, à 23 ans. J'étais là, assise, à regarder tout ce monde qui, tout comme moi, se faisait médicamenter. Et après, on nous poussait dehors, dans la rue. Et j'ai pensé : « Eh, attends une seconde. Personne ne s'inquiète de la vraie raison pour laquelle nous sommes tous ici parce qu'on a tous eu une vie pas mal affreuse »²².

À la survivante en crise – troublée, apeurée, désespérée, vulnérable –, le service reçu en institution psychiatrique peut faire plus de tort que de bien. Les témoignages de certaines survivantes d'institutions psychiatriques révèlent qu'elles subissent parfois des traitements néfastes.

Plusieurs personnes au [Centre de santé mentale] « Queen Street » m'ont dit qu'on leur a demandé d'informer le personnel si elles se sentaient suicidaires. Quand elles l'ont fait, on les a placées en isolement !²³

Ces traitements peuvent être administrés contre leur volonté ou sans leur consentement libre et éclairé.

Environ seulement 15 p. 100 des psychiatres se servent d'électrochocs. Mais ils ont tendance à les utiliser beaucoup et à croire que c'est merveilleux et sans risque. C'est ce qu'ils disent à leurs patients. Si on vous parle d'une cure miraculeuse sans risque, vous allez bien sûr y consentir. Pourquoi pas ?²⁴

Les patientes sont aussi parfois physiquement restreintes.

Un jour je suis allée visiter une femme âgée dans la section psychogériatrique et je l'ai trouvée attachée sur une chaise. Le personnel m'a dit qu'elle criait et qu'elle lançait des objets. Quand je lui ai parlé, elle m'a dit, en pleurant, qu'elle était attachée à la chaise depuis quatre heures et qu'elle s'était mouillée depuis. J'ai persuadé le personnel de la détacher en disant que je resterais un peu avec elle. Elle a changé de vêtements et on a passé un moment ensemble. Il n'y avait aucun problème. Je ne comprends pas comment on peut traiter une personne de cette façon. Quel genre d'aide est-ce que c'est, ça ?²⁵

Ces traitements, qu'ils soient administrés volontairement ou non, peuvent créer chez les patientes un état de confusion ou de somnolence et les empêcher de ressentir leurs émotions.

²² Goodwin, Sue, dans Shimrat, *Call Me Crazy*, p. 112. Traduction libre.

²³ Chambers, Jennifer, dans Shimrat, *Call Me Crazy*, p. 119. Traduction libre.

²⁴ Shimrat, *Call Me Crazy*, p. 67. Traduction libre.

²⁵ Chambers, Jennifer, dans Shimrat, *Call Me Crazy*, p. 119. Traduction libre.

Très tôt, longtemps avant le lever du soleil, les infirmières venaient faire leur visite en braquant leur lampe de poche dans nos visages et en nous réveillant. Elles criaient après nous si nous voulions nous coucher le jour, même s'il n'y avait rien à faire et que nous nous sentions toujours épuisées à cause des médicaments²⁶.

Insensible et peu adapté aux besoins des survivantes, le modèle médical découle d'une compréhension limitée des causes de la maladie mentale, compréhension qui ne tient pas compte de l'importance centrale d'un traumatisme vécu dans l'enfance.

3.3 Causes et traitements de la maladie mentale : perspectives et enjeux

3.3.1 Le débat entre biochimie et environnement

Il existe depuis fort longtemps un débat polarisé en psychiatrie, débat qui perdure encore de nos jours, sur la part que joue la nature et celle que joue l'environnement ou l'éducation (nature-culture) dans la maladie mentale. Essentiellement, ce débat oppose ceux et celles qui croient que la maladie prend racine dans l'organisme de la personne malade et que ses origines sont biologiques ou physiologiques, à ceux et celles qui attribuent la cause de la maladie mentale à la famille ou à la société.

En psychiatrie, le XX^e siècle a été dominé par des théories de causes intrapsychiques. On attribuait la maladie mentale à des problèmes familiaux, et plus précisément à la relation avec la mère. En d'autres mots, on blâmait la mère pour toutes les formes de maladie mentale, de l'homosexualité (considérée à l'époque comme une maladie mentale) à la schizophrénie. Le traitement consistait en une psychothérapie ou une psychanalyse centrée sur l'évocation des souvenirs d'enfance et leur analyse pour comprendre la dynamique familiale et son impact sur la santé mentale.

Depuis les années 1980, on assiste à la montée en popularité de ce qu'on appelle la « biopsychiatrie », perspective qui affirme que la maladie mentale est causée par des facteurs génétiques, biochimiques et physiologiques. La recherche qui soutient cette thèse est complexe et demande, pour être comprise, des connaissances médicales poussées. On se réfère à des études portant sur des facteurs génétiques et démontrant que les maladies majeures sont héréditaires. Par exemple, une personne ayant une maladie mentale aurait hérité de gènes ou d'un tempérament l'ayant prédisposée à cette maladie. On fait appel aux différences observées dans le cerveau de celles et ceux qui ont un diagnostic de schizophrénie comme preuve d'une origine biologique. Une composante génétique et un déséquilibre chimique dans le cerveau sont mis de l'avant dans l'analyse des causes de la maladie mentale.

Les mauvaises expériences dans la vie, que ce soit l'agression à caractère sexuel, la violence, la pauvreté, la guerre ou d'autres événements bouleversants, sont malheureuses mais ne sont pas perçues comme pertinentes à la question de maladie

²⁶ Shimrat, *Call Me Crazy*, p. 23. Traduction libre.

mentale. Cette perspective est donc en contradiction avec les théories qui mettent de l'avant les causes intrapsychiques de la maladie mentale.

Le traitement le plus couramment utilisé dans le cas d'une maladie biochimique qui réside dans le cerveau est le recours aux médicaments capables de toucher cette partie du corps pour remédier aux problèmes cernés (voir l'Annexe IV - Catégories majeures de médicaments psychiatriques, pour des renseignements plus détaillés). Pour celles et ceux qui souscrivent à une analyse biochimique de la maladie mentale, les médicaments psychiatriques représentent un traitement efficace. Ces médicaments visent de façon précise le fonctionnement du cerveau et peuvent ainsi soulager les symptômes.

Les médicaments « neuroleptiques » ou « antipsychotiques » utilisés auprès des personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie, de psychose ou de trouble bipolaire, ont largement remplacé d'autres types de traitements comme les électrochocs. Cependant, la thérapie par électrochocs, procédure par laquelle on fait passer un courant électrique à travers le cerveau, est encore utilisée en Amérique du Nord; par exemple, aux États-Unis, environ 100 000 personnes – dont les deux tiers sont des femmes ²⁷ – reçoivent ce traitement chaque année. Celui-ci est aussi utilisé au Canada.

Il est accepté que le traitement soit parfois imposé à la personne malade, sans son consentement. Cette imposition se justifie quand la maladie réduit la capacité de la personne de prendre des décisions dans son meilleur intérêt et quand elle devient dangereuse pour elle-même ou pour autrui. La législation régit les circonstances dans lesquelles l'hospitalisation involontaire, les médicaments forcés et la contrainte légale sont permis (voir l'Annexe II - Ressources, pour des sites Web où trouver la législation en ligne).

Le fait d'attribuer à la maladie mentale une origine biologique et d'aborder son traitement par une approche médicale soulage bien des gens. Les membres de la famille des personnes souffrant de difficultés psychiatriques, représentés au Canada par des groupes comme « La Société de schizophrénie », se sentent déculpabilisés, car la cause des problèmes de la personne souffrante ne réside plus dans la dynamique familiale. Certaines et certains malades estiment dorénavant qu'ils et elles ont un problème de santé et ne se perçoivent plus comme des « fous » ou « folles ». La stigmatisation associée à la « folie » diminue lorsque la maladie est perçue comme un problème d'ordre médical, une situation mieux acceptée dans notre société.

Certaines personnes psychiatisées se sont organisées pour revendiquer le respect de leurs droits humains ainsi que des améliorations dans les services offerts. Ces personnes se définissent comme des « consommatrices et consommateurs psychiatriques ». Elles acceptent la prémisse de base du modèle médical selon laquelle elles ont une maladie mentale et que le traitement psychiatrique peut leur être bénéfique.

²⁷ Cité dans *Toward Empathy: Access to Transition Houses for Psychiatricized Women*, Gisela Sartori, Second Opinion Society, 1995, p. 18.

Il existe des organismes et des associations ayant un mandat éducatif qui revendiquent les droits des consommatrices et consommateurs psychiatriques, ainsi que ceux de leurs amies et amis et des membres de leur famille. L'Association canadienne pour la santé mentale en est un exemple. Dans leur documentation, il est indiqué qu'une combinaison de facteurs biochimiques, psychologiques et environnementaux peut être à l'origine de la maladie mentale et qu'un événement particulier de la vie peut provoquer de la détresse émotionnelle, causer un sur-stress et favoriser l'apparition d'une telle maladie. Le degré d'importance de ces facteurs varie selon le type de maladie; par exemple, la schizophrénie est clairement définie comme une maladie du cerveau. Cependant, on reconnaît que la cause du développement de cette maladie est peu connue et qu'elle peut dépendre de plusieurs facteurs. Le *Rapport sur les maladies mentales au Canada* endosse aussi cette théorie des causes multidimensionnelles.

S'il est vrai que beaucoup d'organismes et d'associations œuvrant dans le domaine de la santé mentale reconnaissent qu'une combinaison de facteurs joue un rôle dans le développement des maladies mentales et qu'on connaît mal les causes de ces maladies, il est incontestable que, de nos jours, l'approche médicale est de loin la plus répandue pour le diagnostic et le traitement des patientes et patients en psychiatrie. Cette approche est fondée sur des études dites scientifiques et objectives prouvant la nature biologique de la maladie mentale et elle est systématisée par les descriptions des symptômes dans le DSM-IV (mentionné plus haut). Elle influence grandement tous les services offerts dans le système de santé mentale.

Les témoignages relatés plus haut d'expériences de retraumatisation vécues par des survivantes d'agression à caractère sexuel aux mains de psychiatres illustrent à quel point une conception strictement médicale de la santé mentale est inadéquate pour cette population. Par ailleurs, les mouvements politiques ayant vu le jour durant les années 1970 réclamant des changements dans le domaine psychiatrique remettent en question toutes les prémisses de la biopsychiatrie.

3.3.2 Les mouvements pour le changement

Le mouvement des femmes nord-américain a contesté la mainmise du domaine médical sur le corps des femmes. La psychiatrie est considérée comme un prolongement de cette tendance. Elle offre aux médecins-experts la possibilité de contrôler non seulement le corps, mais aussi la vie émotionnelle des patientes. En outre, tel que discuté à la section 2, les groupes de femmes considèrent que de nombreux facteurs de risque pour la maladie mentale touchent surtout les femmes.

L'oppression et la violence contre les femmes constituent un stress quotidien important; la détresse émotionnelle est une réaction fort légitime face à ces conditions. Pourtant, pour la psychiatrie, cette réaction représente une pathologie. Ainsi, la survivante d'inceste qui fait une dépression majeure est étiquetée comme « malade » et son passé d'abus est jugé sans pertinence pour le traitement.

Le déséquilibre de pouvoir inhérent à la relation expert-homme/patiente-femme crée une dynamique dans laquelle l'oppression des femmes est renforcée tandis que les femmes sont maintenues dans une position de passivité et d'impuissance. Leurs connaissances et leur expertise concernant leur passé sont mises de côté et demeurent invisibles. En outre, la hiérarchie de l'institution de la psychiatrie et la dynamique qu'elle crée peuvent mener à des abus de pouvoir. Les témoignages de femmes psychiatisées confirment qu'elles subissent parfois des agressions sexuelles et d'autres formes d'abus commis par des psychiatres et d'autres intervenants et intervenantes en institution psychiatrique.

Parallèlement aux revendications du mouvement des femmes, le mouvement des ex-patientes et ex-patients psychiatriques, qu'on appelle aussi des survivantes et survivants de la psychiatrie, a vu le jour lorsque des personnes ayant une expérience directe de la psychiatrie ont décidé de sortir de l'ombre dans les années 1970. Leurs témoignages ont permis de recueillir des exemples d'attitudes profondément irrespectueuses et déshumanisantes, d'abus de pouvoir, d'injustices, de violation des droits humains et de traitements inefficaces, inutiles ou cruels. On a révélé au grand jour le fait que des êtres humains ont été utilisés à des fins d'expérimentation dans les années 1950 et 1960.

Ce mouvement affirme que les mauvais traitements continuent de nos jours. Des médicaments forts et nocifs avec des effets secondaires débilissants sont encore administrés, parfois à l'insu de la personne, et souvent sans son consentement. Des personnes souffrant de détresse émotionnelle sont encore incarcérées dans des hôpitaux psychiatriques et restreintes physiquement, contre leur volonté; des traitements envahissants, comme les électrochocs, sont encore imposés par environ 15 p. 100 des psychiatres²⁸.

Ces groupes remettent en question l'existence même de la « maladie mentale ». Selon eux, la recherche « scientifique » qui justifie cette conception serait minime et elle est critiquée pour ses faiblesses méthodologiques; il n'existerait aucune preuve de l'origine génétique ou biologique de la maladie mentale. Le DSM-IV est dénoncé pour ce qu'il est : un ouvrage biaisé issu de la culture anglo-saxonne, blanche, masculine, hétérosexuelle et reflétant une classe socio-économique aisée. Deux auteurs ont écrit des œuvres clés qui développent cette thèse : Thomas Szasz et Peter Breggin (voir Annexe II - Ressources).

Le mouvement anti-psychiatrie tend à humaniser les manifestations de la détresse émotionnelle découlant souvent d'injustices sociales telles que la pauvreté, la violence et la guerre. La détresse émotionnelle, une réaction naturelle à l'oppression ou même aux difficultés de la vie, est faussement étiquetée par la psychiatrie qui la range dans la catégorie « maladie mentale ». Ce mouvement anti-psychiatrie évite l'utilisation d'un langage ou d'une terminologie médicale pour décrire l'expression de la détresse émotionnelle d'une personne en crise et ne présume pas qu'il s'agit d'une pathologie.

²⁸ McKague, Carla, dans Shimrat, *Call Me Crazy*, p. 67.

Ces étiquettes et ce langage remplissent la personne de désespoir en la condamnant à se croire victime d'un état de santé chronique inguérissable qui ne peut être géré que par un traitement à vie avec des produits chimiques toxiques et nocifs. Dans cette perspective, les traitements psychiatriques les plus courants – les médicaments – ne servent qu'à neutraliser les émotions et à étouffer l'énergie, l'individualité et l'humanité de la personne qui les prend. Ils servent à rendre le patient psychiatrique plus facile à contrôler. Selon des militantes et militants du mouvement anti-psychiatrie : « *Les médicaments sont merveilleux pour les fournisseurs de services* »²⁹. Les psychiatres prescrivent ces médicaments tout en gardant une distance professionnelle et scientifique avec leurs patientes et patients :

*Aujourd'hui, avec des neuroleptiques tels que « Haldol » ou « Modécate » qui sont injectés une ou deux fois par mois, la psychiatrie se distancie un peu plus des personnes folles et va de plus en plus profondément dans les recoins infinis de leur cerveau. Des personnes qui vivent, qui pensent, qui ressentent, qui sont en colère et désespérées sont perçues comme si elles n'étaient que des cerveaux désincarnés... Les médicaments et toute la perspective technologique derrière la « solution » qu'ils apportent rendent encore plus difficile pour les psychiatres la compréhension des personnes qu'ils disent essayer d'aider*³⁰.

Alors que la psychiatrie prétend qu'il s'agit de remèdes perfectionnés ciblant le dysfonctionnement du cerveau à l'origine de la « maladie », ces auteurs soulignent leurs effets secondaires néfastes, toxiques et dangereux (voir Annexe IV - Catégories majeures de médicaments psychiatriques) ainsi que leur inefficacité. On rappelle que l'industrie pharmaceutique en tire un profit énorme, ce qui la motive à financer des études soi-disant « scientifiques ». Ces études sont biaisées et produisent les résultats que recherchent les compagnies pharmaceutiques et dont elles profitent. Séduits par ces dernières, qui leur offrent des repas et des cadeaux, les psychiatres prescrivent ces médicaments. La psychiatrie, de pair avec l'industrie pharmaceutique, est ainsi perçue comme une institution corrompue³¹.

Le mouvement anti-psychiatrie revendique une plus grande acceptation par la société des diverses formes d'expression émotionnelle, de comportements et de perceptions qui diffèrent de la norme sociale. Il considère que la psychiatrie, ses diagnostics et ses traitements ont le contrôle social comme but. C'est-à-dire qu'on veut, par la psychiatrie, contrôler les éléments de la société qui représentent une menace pour le *statu quo*. En ce sens, les traitements coercitifs ou forcés, l'hospitalisation involontaire et les contraintes légales sont considérés comme des violations des droits humains de celles et ceux qui les subissent.

²⁹ Commentaire fait lors d'une session d'éducation offerte par Jennifer Chambers du Centre de recherche en toxicomanie et en santé mentale et Lucy Costa du Queen Street Outreach Society. La session a eu lieu le 24 mars 2002, au Centre communautaire de la Coopérative Bain, Toronto.

³⁰ Cohen, David, dans Shimrat, *Call Me Crazy*, p. 29. Traduction libre.

³¹ Pour en connaître davantage sur ce point de vue, le livre écrit par Ghislaine Lanctôt, *La Mafia Médicale - comment s'en sortir en vie et retrouver santé et prospérité*, édition 2002, aborde bien le sujet.

Il existe de toute évidence beaucoup de ressemblances entre le mouvement anti-psychiatrie et le mouvement des femmes. Par exemple, les deux mouvements insistent sur l'importance des facteurs environnementaux, sociaux et politiques pour expliquer la détresse émotionnelle des personnes vulnérables et marginalisées. Le mouvement des femmes se préoccupe lui aussi du non respect des droits humains. Par exemple, la féministe Phyllis Chesler a parlé du cas de femmes incarcérées en hôpital psychiatrique parce qu'elles ne s'étaient pas conformées au modèle de « bonne épouse » pendant la première moitié du siècle³².

Ces groupes revendiquent la création de services et de programmes offrant une réelle solution de rechange aux mauvais traitements infligés par la psychiatrie. Le soutien communautaire, l'entraide parmi les personnes psychiatisées et les femmes, des lieux sécuritaires et sans jugement porté sur les diverses expressions des émotions, des services fondés sur l'empathie et le respect du choix et des droits humains, des ressources financières et des logements adéquats sont tous des éléments clés d'un environnement qui aiderait la personne à traverser la crise.

La méfiance du mouvement anti-psychiatrie et du mouvement des femmes envers la psychiatrie est profonde et fondée sur l'expérience. Des recherches récentes révèlent l'impact des expériences traumatisantes et des émotions fortes, positives et négatives, sur le cerveau. Lorsque des émotions négatives d'une grande intensité sont vécues de façon ponctuelle par des adultes, cela a des répercussions sur le corps et le cerveau. Quand ces émotions sont vécues de façon chronique par de jeunes enfants, par exemple lorsqu'il y a abus de toutes sortes, cela peut avoir un impact sur le développement du cerveau. La compréhension de l'impact du traumatisme sur le cerveau des êtres humains pourrait avoir une incidence énorme sur la perception de la maladie mentale, sa cause et son traitement. Ainsi, l'impasse qui existe entre les deux positions dominantes en psychiatrie, c'est-à-dire la biopsychiatrie et les théories intrapsychiques de la psychiatrie, serait résolue pour un nombre grandissant de personnes œuvrant dans le domaine de la santé mentale.

³² Voir l'ouvrage classique américain de Phyllis Chesler, *Women and Madness*, pour un exposé détaillé du contrôle social exercé sur les femmes par la psychiatrie (Annexe II - Ressources).

4. La reconnaissance de l'impact des traumatismes

4.1 Le corps et le traumatisme

Tel que mentionné, dans les années 1970 notamment, le passé et le comportement des soldats revenus de la guerre du Vietnam ainsi que ceux des survivantes de violence conjugale, d'agression à caractère sexuel et d'abus sexuel dans l'enfance ont retenu l'attention et fait l'objet d'études. Un lien a été établi entre leurs hallucinations auditives, visuelles ou autres ainsi que leurs réactions de peur dans des situations non menaçantes, et les expériences traumatisantes qu'ils et elles avaient vécues. Depuis, l'accent mis sur la biopsychiatrie et sur l'étude du cerveau des personnes ayant des problèmes de santé mentale a préparé le terrain à la reconnaissance de l'impact du traumatisme sur le corps humain. On a découvert qu'une expérience traumatisante peut entraîner des changements au cerveau et au système nerveux central.

Face à une situation qui menace la survie d'une personne, la réponse normale est de se préparer à se battre ou à fuir la situation. Cette réponse déclenche une série de mécanismes dans le corps pour que la personne puisse réagir plus rapidement afin de se protéger. Quand la personne est impuissante et n'est pas en mesure d'agir, c'est-à-dire qu'elle ne peut ni résister, ni fuir la situation menaçante ou dangereuse et qu'elle doit la subir, son cerveau est « en état de choc ». La réaction physiologique, combinée aux émotions intenses qui accompagnent normalement une telle situation, empêche le cerveau d'intégrer complètement ou en partie le souvenir de ce qui lui est arrivé. Il ne peut plus gérer les stimuli qu'il reçoit et, la réalité se sépare de la conscience dans le but de gérer la surcharge.

Il s'ensuit une dissociation entre les émotions et les sensations corporelles et, la conscience. Selon le DSM-IV, la dissociation correspond à une compartimentation de l'expérience. Il y a « un échec quant à l'intégration de divers aspects de l'identité, de la mémoire ou de la conscience »³³. Par la suite, la personne pourra revivre les émotions et les sensations liées au traumatisme lorsque celles-ci seront déclenchées par un stimulus dans l'environnement qui lui rappellera le traumatisme. Le souvenir sera revécu émotionnellement et dans le corps avec la même intensité qu'au premier moment. Le lien entre le stimulus et l'événement traumatisant n'est pas conscient, car les souvenirs sont emmagasinés dans différents endroits du cerveau. L'effet de dissociation maintient une barrière entre les expériences de retraumatisation d'une part, et le souvenir conscient de l'événement traumatisant d'autre part. Ce mécanisme permet de ne pas expérimenter à nouveau la douleur intense originale. La personne subit l'effet de ses souvenirs au niveau de ses émotions et de son corps sans les rattacher au traumatisme original.

Il est important de remarquer que les personnes n'assimilent pas toutes les traumatismes de la même façon. Les êtres humains réagissent différemment au stress selon les circonstances et différents facteurs. Par exemple, on peut avoir une réaction

³³ Le *Diagnostic and Statistical Manual*, 4^e version, p. 484.

transitoire pendant quelques jours, puis vivre une expérience stressante qui soit ponctuelle³⁴.

Les facteurs qui influencent le type de réaction au stress et le degré de traumatisme vécu par la personne sont entre autres, l'âge auquel l'événement s'est produit, les étapes de développement de l'enfant, la relation de la personne avec l'agresseur, la présence de violence ou non et le degré de violence utilisé. Plus le traumatisme s'est produit à un jeune âge, plus il a été infligé par un agresseur en relation étroite avec la victime, plus il y a eu utilisation continue de violence et plus le traumatisme est extrême.

C'est la façon dont la situation stressante est intégrée et comprise par la personne qui la vit qui déterminera son type de réaction : « Beaucoup de personnes ont des expériences horribles, sans sembler présenter de séquelles permanentes de la traumatisation. L'incapacité de comprendre l'expérience (c'est-à-dire, [le fait de] s'en dissocier) contribue largement à faire du traumatisme une expérience stressante »³⁵. La dissociation est une réaction qui permet à une personne de survivre à une expérience extrêmement stressante et traumatisante sur le moment mais qui, à la longue, l'empêche de l'assimiler, de l'intégrer et de la comprendre.

D'autres études s'intéressent au développement du cerveau des très jeunes enfants. On a découvert que le besoin d'attachement continu et positif à une ou plusieurs personnes s'occupant d'eux est plus qu'un besoin affectif. Il influe directement sur le développement du cerveau. L'interruption du processus d'attachement a un impact néfaste sur le développement du cerveau, pouvant créer des dommages à long terme. Au Canada, le rapport final d'une étude menée en 1999 traitant du développement des jeunes enfants « *Inverser la véritable fuite des cerveaux : Étude sur la petite enfance* » corrobore ces faits et est devenu un outil important dans l'élaboration de politiques sociales liées à la petite enfance.

Ces découvertes dans le domaine de la neurobiologie sont d'une grande portée pour la psychiatrie. Plus particulièrement, elles mettent de l'avant une « troisième voie » pour la conceptualisation de la maladie mentale dont souffrent les survivantes et survivants d'un traumatisme vécu dans l'enfance. Elles offrent ainsi un moyen de surmonter l'impasse dans le débat rigide sur les origines de la maladie mentale.

Les survivantes et survivants d'un traumatisme vécu dans l'enfance représentent la majorité des patientes et patients en psychiatrie. Ce genre d'expérience comporte des conséquences émotionnelles, psychologiques et physiologiques. Il risque d'avoir eu un impact sur le développement du cerveau de la personne, ce qui influence sa perception et son comportement. Pourtant, peu nombreux sont les psychiatres qui revendiquent une conceptualisation de la maladie mentale et une approche au traitement des survivantes

³⁴ Information obtenue lors d'une entrevue téléphonique avec Nathalie Zlodre, spécialiste en traumatisme du Hincks-Dellcrest Institute à Toronto, le 1^{er} novembre 2002.

³⁵ Bessel van der Kolk cité dans l'Association canadienne pour la santé mentale (2001). *Habilités d'intervention auprès des survivantes de traumatismes*, p. 34. Document non publié. Traduction libre.

et survivants de traumatismes qui intègrent ces connaissances. Trois psychiatres en particulier, Judith Herman, Christine Courtois et Bessel A. van der Kolk, font une promotion active de cette perspective par la recherche et la publication d'articles. En outre, bon nombre d'intervenantes et intervenants dans le domaine de la santé mentale travaillent dans cette perspective et développent des moyens concrets pour la mettre en pratique dans divers contextes (à ce sujet, voir Annexe II - Ressources).

Cette perspective offre aux intervenantes et intervenants en santé mentale un nouveau cadre de référence pour comprendre les divers diagnostics et symptômes qui constituent la pierre angulaire de la psychiatrie et des traitements utilisés auprès des survivantes et survivants de traumatismes. En même temps, elle fournit une base solide à partir de laquelle on peut remettre en question la validité et l'utilité des diagnostics et des traitements.

4.2 Comprendre au lieu d'étiqueter

On trouve chez les survivantes psychiatisées une gamme type de comportements et de difficultés. Cette « grappe de difficultés³⁶ » peut comprendre : des problèmes graves de santé mentale, la toxicomanie et l'alcoolisme, une mauvaise santé, une difficulté à fonctionner et à se débrouiller dans la vie quotidienne et, l'itinérance périodique. Il peut également y avoir des difficultés dans les relations interpersonnelles, telles qu'une peur de l'intimité, une réponse excessive aux besoins d'autrui ou une victimisation répétée.

Le plus souvent, aucun lien n'est établi entre ces symptômes et le traumatisme. En psychiatrie, les comportements et indicateurs de détresse des survivantes aux prises avec des difficultés de santé mentale sont interprétés en fonction des diagnostics énumérés dans le DSM-IV. Tel que mentionné à la deuxième section, les survivantes d'agression à caractère sexuel sont fortement représentées dans certaines de ces catégories. Lorsque réinterprétés sous l'angle de l'abus sexuel vécu dans l'enfance, ces diagnostics prennent une tout autre signification et ont une logique différente de celle qu'on leur prête lorsqu'on croit qu'il s'agit de symptômes de « maladies »³⁷.

La **dépression** est le symptôme le plus souvent signalé par les survivantes d'agression à caractère sexuel vécu dans l'enfance. La dépression est un rappel de la souffrance causée par le traumatisme. Herman décrit le lien entre la dépression et l'impact du traumatisme chronique :

Les symptômes de la dissociation du trouble [de stress post-traumatique] se mêlent avec les difficultés de concentration de la dépression. Le manque d'initiative propre au traumatisme chronique se combine avec l'apathie et l'impuissance de la dépression. L'interruption de l'attachement vécue lors du traumatisme chronique renforce l'isolement de la dépression. La faible image de soi liée au traumatisme chronique

³⁶ Association canadienne pour la santé mentale, *Habilités d'intervention auprès...*

³⁷ L'information présentée dans cette section est largement basée sur : Herman, *Trauma and Recovery* et Everett et Gallop, *The Link Between*.

alimente les ruminations coupables de la dépression. Et la perte d'espoir engendrée par le traumatisme chronique se mêle au désespoir de la dépression³⁸.

Le **trouble de la personnalité limite** est un diagnostic souvent posé dans le cas des survivantes psychiatisées. Au départ, plusieurs théories ont tenté d'expliquer les origines de ce trouble par des difficultés de séparation dans la relation mère-enfant ayant eu une incidence sur le développement de la personnalité de l'enfant.

Cependant, les effets à long terme, de l'abus dont le jeune enfant a été victime, sur le développement de sa personnalité sont l'aspect clé de la compréhension de ce trouble³⁹. En effet, les symptômes associés à ce trouble s'apparentent de près aux difficultés vécues par bon nombre de survivantes. Ils reflètent aussi la complexité d'une personnalité qui a dû survivre au traumatisme chronique à un âge où on est très vulnérable.

Certaines caractéristiques du trouble de la personnalité limite, qui peuvent amener des professionnels et professionnelles en psychiatrie à traiter les survivantes de « manipulatrices », représentent des mécanismes de défense qui avaient, à l'origine, une fonction d'adaptation à une situation qui menaçait la survie physique et psychique de l'enfant. Ces mécanismes de défense peuvent également aider la survivante à gérer les conséquences actuelles du traumatisme. Par exemple, l'automutilation peut être une façon de gérer la souffrance, le sentiment d'isolement et la désintégration de soi qui sont les conséquences involontaires de la dissociation. Judith Herman décrit bien ce phénomène :

Cet état émotionnel, qui surgit en général en réponse à une perception de menaces d'abandon, ne peut se guérir par des méthodes ordinaires de réconfort. Les enfants qui ont été victimes d'abus découvrent, à un certain moment, qu'ils peuvent efficacement mettre fin à cette émotion en infligeant un choc à leur corps. La façon la plus dramatique d'y parvenir est l'infliction délibérée de blessures⁴⁰.

Des difficultés dans les relations interpersonnelles, telles que l'intensité ou l'instabilité affective et la revictimisation, sont attribuables aux répercussions de relations similaires vécues dans l'enfance, le plus souvent avec les adultes dont l'enfant dépendait pour sa survie. L'intolérance face à la solitude, liée à l'incapacité de se reconforter sont d'autres caractéristiques compréhensibles si on les associe à l'impact de l'abus sexuel vécu dans l'enfance. Le secret, l'isolement de la famille et le recours à la dissociation comme moyen de survie constituent des éléments centraux de l'expérience vécue pendant

³⁸ Herman, *Trauma and Recovery*, p. 94. Traduction libre.

³⁹ Les idées qui suivent sur le trouble de la personnalité limite et son lien avec le traumatisme proviennent des travaux suivants : Saunders, Eleanor A. et Frances Arnold (1991). *Borderline Personality Disorder and Childhood Abuse: Revisions in Clinical Thinking and Treatment Approach*, Wellesley, MA: The Stone Center, et van der Kolk, Bessel A., et d'autres (1994). *Trauma and the Development of Borderline Personality Disorder*, Psychiatric Clinics of North America, Vol. 17, N° 4.

⁴⁰ Judith Herman (1992). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books, p. 109. Traduction libre.

l'enfance. À l'âge adulte, ils peuvent créer des obstacles au rapprochement avec autrui puisque les stratégies de survie utilisées sont maintenues.

Les comportements autodestructeurs souvent présents chez les survivantes ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité limite peuvent être liés aux expériences d'impuissance et d'humiliation vécues à un jeune âge. Des situations vécues comme adulte peuvent réactiver la rage et le sentiment d'abandon qui s'expriment par ces comportements. Ceux-ci peuvent aussi être une répétition inconsciente du traumatisme original, peut-être avec une composante neurophysiologique. Par exemple, des études font état de changements hormonaux ou au niveau de certaines glandes lorsqu'une personne est exposée à un sur-stress prolongé ou à un événement traumatisant, tels que le surfonctionnement des surrénales et une augmentation de l'adrénaline. Ou bien, il est possible que les survivantes n'aient jamais appris à se protéger et à prendre soin d'elles-mêmes. Le suicide peut parfois sembler la seule solution à la douleur émotionnelle persistante des survivantes.

On constate aussi chez certaines survivantes des difficultés au niveau de l'identité, notamment une fragmentation de l'identité, des lacunes dans la connaissance de soi et une image de soi déficiente. Encore une fois, la dynamique dans une famille où il y a de l'inceste et les mécanismes de survie nécessaires pour endurer cette situation sont à l'origine de ces difficultés. Le secret, la falsification de la réalité, la trahison d'un adulte pourvoyeur de soins qui commet l'abus et la dissociation contribuent tous à engendrer ces difficultés. Survivre à une telle expérience et l'intégrer est difficile, les répercussions sont complexes et l'impact sur la formation de l'identité est profond.

Le trouble de stress post-traumatique est en fait sous-utilisé dans le diagnostic des survivantes d'abus sexuel puisqu'on s'informe peu auprès des patientes et patients en psychiatrie de leurs antécédents en matière de traumatismes. Cependant, les symptômes prédominants de cette catégorie de diagnostic, par exemple, la dissociation et les souvenirs envahissants, sont souvent une manifestation de ces traumatismes. En général, les survivantes ont développé des capacités de dissociation poussées leur permettant de survivre à l'abus chronique auquel elles étaient soumises pendant l'enfance.

Le trouble dissociatif de l'identité, anciennement connu sous le nom de **trouble des personnalités multiples**, est caractérisé par une capacité extrêmement développée de dissociation. Cette capacité est liée de façon évidente au traumatisme chronique, surtout lorsqu'il est vécu pendant la prime enfance. Dans des circonstances extrêmes, la dissociation nuit à la formation de l'identité de l'enfant. L'identité de la survivante se fragmente en de nombreuses personnalités qui peuvent être ou non conscientes de l'existence l'une de l'autre.

Le trouble dissociatif de l'identité est associé à des cas d'abus grave, sadique et prolongé, lorsque l'enfant n'a aucune possibilité de fuite ou de soulagement. Les personnalités peuvent varier à plusieurs niveaux, tels que leur rôle, leur nom, leur force, leurs caractéristiques physiques, leur voix, leur âge, leur sexe, leurs souvenirs, leurs

mécanismes de défense ou de survie (p. ex. toxicomanie, automutilation), voire leur écriture. Les types de personnalité qui se développent dépendent de la nature de l'abus. Les diverses personnalités peuvent avoir différents souvenirs selon le moment et les circonstances dans lesquelles elles se développent.

Les **troubles reliés aux substances**, que ce soit l'abus d'alcool, de drogues ou de médicaments prescrits, l'alcoolisme ou la toxicomanie, constituent pour les survivantes un moyen de soulager l'anxiété et le stress ahurissants ainsi que d'autres émotions liées à des souvenirs douloureux. Ils permettent aux survivantes de gérer des émotions intenses, soit par l'inhibition ou la répression, soit en agissant comme agents de désinhibition permettant ainsi l'expression des émotions telles que la rage et la tristesse⁴¹. La consommation de drogues et d'alcool peut également aider les survivantes à réduire les effets biologiques du traumatisme. Voilà pourquoi les survivantes ont souvent un *double diagnostic*, terme utilisé lorsqu'une personne consomme de l'alcool ou des drogues et qu'elle a en même temps un autre diagnostic de maladie mentale.

Les **troubles alimentaires** peuvent remplir différentes fonctions pour la survivante. Ce peut être un moyen pour elle de reprendre un certain contrôle dans sa vie ou de se protéger en cachant sa féminité, soit par l'obésité ou par une perte de poids excessive. Une telle réaction peut être associée à l'abus et au contrôle qu'exerce l'agresseur sur les fonctions biologiques de l'enfant ou à l'atmosphère menaçante, tendue ou terrifiante qui règne durant les repas familiaux. Contrairement à la croyance populaire, les troubles alimentaires peuvent aussi être présents à l'âge adulte et non seulement chez les jeunes femmes et adolescentes.

Enfin, le **trouble de somatisation** s'ajoute à cette liste bien que la recherche qui prouve son lien avec l'existence d'un passé de traumatismes vécus dans l'enfance ne soit pas encore terminée. Cependant, Herman (1992) affirme que bien des survivantes en souffrent. Les réactions émotionnelles de la personne au traumatisme chronique vécu dans l'enfance, telles que l'anxiété prolongée, l'hypervigilance et la peur, peuvent se manifester par des difficultés d'ordre physique. Les survivantes atteintes du trouble de somatisation vivent et expriment leurs émotions inconsciemment dans leur corps. Ce trouble illustre le lien inséparable entre le corps et les émotions⁴².

Ces interprétations jettent la lumière sur divers comportements, indicateurs de détresse et expressions émotives auxquels ont recours les survivantes, et leur confèrent une importance toute nouvelle. Nous nous sommes concentrées sur les diagnostics les plus fréquemment associés aux survivantes d'agression à caractère sexuel vécu dans l'enfance; cependant, des liens existent entre d'autres difficultés émotionnelles ou de santé mentale rencontrées chez les survivantes et les conséquences du traumatisme. Le

⁴¹ Everett, Barbara et Ruth Gallop (2001). *The Link Between Childhood Trauma and Mental Illness: Effective Interventions for Mental Health Professionals*. Thousand Oaks: Sage Publications, p. 69.

⁴² Everett, Barbara et Ruth Gallop (2001). *The Link Between Childhood Trauma and Mental Illness: Effective Interventions for Mental Health Professionals*. Thousand Oaks: Sage Publications, p. 68.

refus des psychiatres de chercher à comprendre les diverses et complexes difficultés des survivantes d'abus empêche celles-ci de trouver la voie de leur guérison. Sans compter qu'on blâme souvent la victime en attribuant à son caractère les conséquences de sa victimisation.

Aucun de ces diagnostics ne comprend la gamme complète des diverses manifestations possibles de l'impact du traumatisme et aucun diagnostic cité dans le DSM-IV ne décrit adéquatement l'expérience vécue par les survivantes de traumatismes subis pendant l'enfance. Le diagnostic du *syndrome de stress post-traumatique* décrit bien certains symptômes présents chez les adultes qui ont vécu des événements traumatisants ponctuels (p. ex. un désastre naturel, la guerre ou le viol) ou des traumatismes chroniques pendant l'enfance. Cependant, ce diagnostic ne capte pas un élément central de la répercussion de l'abus chronique vécu pendant l'enfance. Il s'agit de l'impact de l'interruption du développement de la personnalité de l'enfant, qui se manifeste notamment par :

- ♦ des altérations au niveau de la perception de soi;
- ♦ des altérations au niveau du fonctionnement interpersonnel (la revictimisation, l'activité sexuelle excessive ou inexistante, des relations malheureuses en série);
- ♦ une vulnérabilité à subir ou à s'infliger des mauvais traitements répétés, y compris un comportement autodestructeur ou des tentatives de suicide et des mauvais traitements infligés par d'autres;
- ♦ des difficultés à gérer son comportement et ses émotions;
- ♦ des difficultés à se définir (culpabilité, honte, mauvaise opinion de soi)⁴³.

Par conséquent, il arrive souvent que les survivantes soient mal diagnostiquées ou qu'elles reçoivent de multiples diagnostics, parfois même des diagnostics opposés, au cours de leur « carrière » de patientes psychiatriques. Par exemple, certaines répercussions de l'abus chronique suscitent des comportements qui peuvent parfois être associés à ceux attribués à la schizophrénie ou au trouble bipolaire. Ainsi, la schizophrénie et le trouble bipolaire sont parmi les diagnostics souvent faussement donnés aux survivantes, bien que leurs caractéristiques ne soient nullement complémentaires.

Une série de traitements, parfois mis en application simultanément, comme un « cocktail » de médicaments ou un historique de multiples admissions à des hôpitaux psychiatriques (syndrome de « porte tournante ») ou des consultations à droite et à gauche auprès de divers services sociaux, accompagnent la liste des diagnostics. Bien souvent, les survivantes de traumatismes psychiatisés sont les « usagères fréquentes » des services communautaires destinés aux femmes⁴⁴. Des problèmes physiques, accompagnés eux aussi d'une panoplie de traitements, viennent souvent

⁴³ Extrait de Everett, Barbara et Ruth Gallop (2001). *The Link Between Childhood Trauma and Mental Illness: Effective Interventions for Mental Health Professionals*. Thousand Oaks: Sage Publications, p. 58-59. Traduction libre.

⁴⁴ Association canadienne pour la santé mentale, *Habilités d'intervention auprès...*

s'ajouter aux difficultés émotionnelles. D'habitude, aucun de ces traitements n'est efficace à long terme car il n'aborde pas le problème essentiel : l'impact du traumatisme.

En effet, aucune des catégories les plus souvent utilisées pour diagnostiquer les survivantes n'englobe tous les aspects de ce qu'elles ont vécu. Voilà pourquoi certains proposent la création d'un nouveau diagnostic, appelé le **trouble de stress post-traumatique complexe** (*Complex Post-Traumatic Stress Disorder*).

4.3 Le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT)

Les diagnostics psychiatriques ne s'appliquent pas aux survivantes de traumatismes parce qu'ils sont fondés sur des prémisses qui ne sont pas adaptées à leur vécu particulier. Par conséquent, on ne comprend pas les manifestations de l'impact de l'abus chez la femme et en plus, on blâme la victime pour les conséquences de sa victimisation :

Le portrait clinique d'une personne qui a été réduite à des préoccupations essentielles reliées à la survie est encore souvent interprété, à tort, comme le portrait du caractère sous-jacent de la victime. Des concepts de l'organisation de la personnalité développés dans des situations ordinaires sont appliqués à des victimes sans aucune compréhension de la corrosion de la personnalité qui arrive dans des conditions de terreur prolongée⁴⁵.

La réaction des êtres humains à un traumatisme répété, chronique ou prolongé, peut entraîner une gamme de difficultés plutôt qu'un trouble unique⁴⁶ (voir l'Annexe I pour une description du TSPT complexe, y compris les catégories de symptômes proposées). La rubrique sous laquelle sont regroupées ces diverses difficultés correspond à la réaction de la personne à un traumatisme. Les difficultés qui constituent des réactions au traumatisme et qui sont associées au TSPT complexe peuvent être réparties dans les catégories suivantes :

- ♦ des altérations dans la capacité de gérer ses émotions (p. ex. la personne entre dans des états extrêmes d'émotion et n'a pas la capacité de se calmer);
- ♦ des altérations dans la connaissance (retours dans le passé, perte de mémoire ou incapacité de se rappeler, dissociation ou transe (*spacing out*) vécues dans des situations de stress, torpeur émotionnelle);
- ♦ des altérations dans la perception de soi (se blâmer, se culpabiliser, se haïr, se sentir inhumain ou à part dans le monde);
- ♦ des altérations dans la perception de l'agresseur (idéalisé, tout-puissant);
- ♦ des altérations dans les relations avec les autres (isolement, méfiance, recherche d'un sauveur);
- ♦ des altérations dans le fonctionnement biologique (sursauts exagérés, se sentir figée, hyperstimulation, hypervigilance, problèmes physiques diffus);

⁴⁵ Judith Herman (1992). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books, p. 117. Traduction libre.

⁴⁶ Idem.

- ♦ des altérations dans les systèmes de signification (aucune notion de l'avenir, désespoir, sentiment que la vie n'a pas de sens ni de but)⁴⁷.

Lorsqu'on regroupe ces divers symptômes, caractéristiques et comportements sous une même rubrique, on a le portrait complet de l'impact du traumatisme découlant de l'abus sexuel dans l'enfance. Deux psychiatres notables sont parmi celles et ceux qui ont contribué à ce processus par la conceptualisation du TSPT complexe : Judith Herman et Bessel van der Kolk. Leur travail a permis de comprendre le lien entre les diagnostics les plus souvent attribués aux survivantes et l'impact du traumatisme. Les diagnostics et les symptômes qui sont reliés au TSPT complexe sont les suivants :

- ♦ le **trouble de somatisation** : les symptômes qui amènent les survivantes à rapporter diverses maladies physiques, dont les origines médicales sont parfois difficiles à trouver;
- ♦ les **troubles de dissociation** : les symptômes ayant un effet sur la conscience;
- ♦ le **trouble de stress post-traumatique** : les souvenirs envahissants et les retours dans le passé ou *flashbacks*;
- ♦ le **trouble de la personnalité limite** : les caractéristiques de la personne ayant une incidence sur sa personnalité et ses relations interpersonnelles ou intimes⁴⁸.

Van der Kolk, Herman et d'autres cherchent, par leurs travaux, à faire reconnaître l'impact du traumatisme vécu pendant l'enfance sur la santé mentale. Ils revendiquent l'insertion du diagnostic de TSPT complexe dans la cinquième version du DSM. L'ajout d'un diagnostic uniquement réservé à celles et ceux qui ont vécu des traumatismes de nature chronique, y compris l'abus sexuel pendant l'enfance, aura de grandes répercussions.

4.4 Discussion

La création d'un diagnostic s'appliquant spécifiquement aux personnes survivantes d'un traumatisme vécu dans l'enfance rendrait explicite le lien entre le traumatisme précoce et des difficultés de santé mentale. Elle aurait le potentiel d'appuyer les revendications de celles et ceux qui recommandent le développement de moyens d'intervention en psychiatrie mieux adaptés aux besoins des survivantes.

Plusieurs auteurs ont souligné la nature politique de l'insertion du TSPT complexe dans le DSM, en ce sens qu'il offre une solution de rechange à des diagnostics ayant des connotations extrêmement négatives, tels le trouble de la personnalité limite. Il est intéressant de remarquer que la formulation du TSPT complexe réunit plusieurs éléments de l'état appelé autrefois « hystérie » (voir la section 3.1), qui avaient été abandonnés pour la même raison. Selon Herman, « *le TSPT complexe réaffirme leur source commune dans un passé de traumatisme psychologique* »⁴⁹.

⁴⁷ Roth et al, 1997 dans Everett et Gallop, *The Link Between*, p. 59. Traduction libre.

⁴⁸ Van der Kolk dans Everett et Gallop, *The Link Between*, p. 59.

⁴⁹ Judith Herman (1992). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence - from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books, p. 126. Traduction libre.

Cependant, certains ex-patients psychiatriques ont exprimé leur préoccupation devant la possibilité que se crée un double standard par lequel, seuls les patients et patientes ayant un passé de traumatisme recevront un traitement humain, respectueux, pertinent et empathique. Les personnes qui n'ont pas de tels antécédents subiront encore des traitements coercitifs et envahissants. En outre, le terme « survivant » est de plus en plus interprété par les professionnels et professionnelles en santé mentale sous l'angle de « survivant de traumatisme ». L'utilisation de ce terme pour désigner une personne qui a survécu à des traitements psychiatriques coercitifs, néfastes, traumatisants et inutiles est de moins en moins reconnue. Par conséquent, le traumatisme vécu par une personne qui a reçu de tels traitements est également passé sous silence. Pour toutes ces raisons, certains ex-patients et ex-patientes psychiatriques se méfient de cette nouvelle tendance⁵⁰.

On préfère utiliser le cadre conceptuel du modèle de la survie au traumatisme pour y puiser certains aspects qui pourraient s'appliquer à une approche plus générale destinée à toutes les patientes et à tous les patients en psychiatrie. Dans son livre intitulé « *Toxic Psychiatry* », Peter Breggin cherche à cerner les facteurs émotionnels et humains à la base des diagnostics psychiatriques. Voilà un exemple d'une approche qui pourrait éviter d'étiqueter les individus en tentant de comprendre leurs souffrances comme des expériences essentiellement humaines, qu'ils soient survivants de traumatismes ou non.

Une nouvelle approche se développe actuellement dans le domaine de la santé mentale : le « Mouvement de rétablissement et de résilience » (*Recovery Movement*). Il s'agit d'un mouvement fondé sur l'idée que le processus de rétablissement est propre à chacun. Cette approche comprend des principes tels que l'autodétermination et l'actualisation de l'individu, le développement de l'estime de soi et l'espoir en la possibilité du rétablissement et de la résilience de chacune et chacun⁵¹. Ce sont des principes que partage l'approche féministe. Dans la prochaine section, nous explorons la mise en application de ces principes ainsi que d'autres principes féministes dans l'intervention auprès des survivantes d'agression à caractère sexuel psychiatisées lorsque cette intervention a lieu dans le contexte des organismes communautaires de femmes en Ontario français.

⁵⁰ Auslander, Mary W. et d'autres (Juillet 1998). *Trauma And Abuse Histories: Connections To Diagnoses Of Mental Illness, Implications For Policy And Service Delivery*. National Association Of Consumer/Survivor Mental Health Administrators.

⁵¹ Renseignements obtenus lors d'une conversation téléphonique avec Carole-Anne Fournier de l'Association canadienne pour la santé mentale de Timmins en mars 2003.

5. L'intervention féministe auprès des survivantes d'agression à caractère sexuel psychiatisées

L'intervention des groupes et des organismes de femmes francophones en Ontario auprès des survivantes d'agression à caractère sexuel psychiatisées se fait dans un contexte social et organisationnel particulier. Elle est guidée par des principes féministes et, certaines lignes directrices, stratégies et pratiques pour l'intervention en découlent. D'autres facteurs influencent également les pratiques, tels que la personnalité et le jugement de l'intervenante, les approches privilégiées des milieux de pratique et, les situations réelles et souvent complexes dans lesquelles se trouvent les femmes. Tous ces facteurs modulent et orientent les interventions.

5.1 Le contexte de notre intervention

5.1.1 Le contexte social

Au niveau social, les conditions matérielles dans lesquelles vivent les femmes, qui dépendent pour une large part des lois et des politiques sociales du gouvernement en matière de santé mentale, définissent le cadre de notre intervention.

Entre 1995 et 2003, la politique sociale du gouvernement conservateur au pouvoir en Ontario a souvent été condamnée par les groupes de femmes. Elle a été caractérisée par des mesures au profit du secteur privé et aux dépens des personnes les plus vulnérables de notre société. Des coupes importantes ont été faites dans les programmes et les services sociaux et juridiques. On a réduit l'accès à un revenu adéquat et à un logement abordable ainsi qu'à des services essentiels tels que l'aide juridique et des services sociaux, y compris les services destinés aux femmes violentées.

Le changement de gouvernement en 2003 a permis d'entrevoir une lueur d'espoir; cependant, les mesures des conservateurs ont eu et continuent d'avoir des répercussions néfastes sur bon nombre d'Ontariennes et d'Ontariens. Soulignons, parmi les groupes de personnes susceptibles de ressentir le plus d'impact, les femmes qui subissent déjà une inégalité économique par rapport aux hommes et les personnes aux prises avec des difficultés de santé mentale. En effet, nous avons déjà mentionné que le nombre de personnes sans abri est à la hausse. Il est aussi vrai qu'une grande proportion des personnes sans abri souffrent d'une maladie mentale dite grave. On peut alors conclure que les femmes qui sont des survivantes psychiatisées font partie d'un groupe particulièrement vulnérable à l'impact néfaste des politiques sociales régressives.

Outre le contexte créé par ces politiques gouvernementales, plusieurs lois établissent un cadre juridique pour régir les soins, le traitement et l'hospitalisation involontaires des personnes souffrant de maladies mentales et qui sont jugées incapables de prendre leurs propres décisions. Ces lois fournissent des mécanismes permettant l'admission à un hôpital ou le traitement sans consentement dans des cas où une personne présente un danger pour elle-même ou pour d'autres.

La Commission du consentement et de la capacité, une institution indépendante nommée par le gouvernement provincial, tient des audiences en vertu de trois lois provinciales touchant ces questions en Ontario (pour de plus amples renseignements concernant ces lois, veuillez consulter les sites Web pertinents indiqués dans la liste des ressources de l'Annexe II - Ressources) :

- ♦ la Loi sur la santé mentale;
- ♦ la Loi sur le consentement aux soins de santé;
- ♦ la Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui.

Les personnes psychiatisées qui désirent porter en appel une décision d'hospitalisation involontaire peuvent le faire par l'entremise de cette institution.

L'intervention auprès des survivantes psychiatisées se produit dans le cadre d'un système de santé mentale comportant divers types de services sociaux et médicaux tels que :

- ♦ des services et programmes communautaires (notamment dans des centres de santé communautaire, p. ex. des services de consultation ou de gestion de cas offerts dans un organisme communautaire tel qu'un centre de santé communautaire, des soins à domicile, des services de réadaptation sociale, une aide au logement et une orientation professionnelle);
- ♦ des foyers de soins spéciaux;
- ♦ des services psychiatriques offerts dans des hôpitaux généraux;
- ♦ des hôpitaux psychiatriques spécialisés;
- ♦ des hôpitaux psychiatriques.

Depuis plusieurs années, le gouvernement de l'Ontario met en place une réforme de ce système, y compris une réforme législative et une restructuration des services, dans le but, selon le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, d'élaborer « un système coordonné et intégré de services de santé mentale afin que les personnes atteintes de maladie mentale grave aient facilement accès à toute une variété de services axés sur la clientèle et de services de soutien offerts le plus près possible de chez elles »⁵².

La composante législative de la réforme, la *Loi Brian 2000*, vise à prévenir « l'hospitalisation inutile de personnes qui, en vertu de la nouvelle loi, plus souple, pourront être traitées en milieu communautaire ». La *Loi Brian 2000* « apporte plusieurs changements à la *Loi sur la santé mentale* et à la *Loi sur le consentement aux soins de santé*, notamment :

- ♦ l'introduction de dispositions en matière d'« ordonnances de traitement en milieu communautaire (OTMC) »;

⁵² Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *La santé mentale en Ontario*. www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/mentalhealthf/mentalhealth_mnf.html

- ♦ l'ajout de nouveaux motifs aux conditions de mise sous garde. Aux termes de la nouvelle condition, « l'examen, l'évaluation et la détention en cure obligatoire seront autorisés plus tôt dans le cours de la maladie que ne le permettent les conditions actuelles »⁵³.

Selon le Ministère, les OTMC constituent « un plan complet de traitement ou de soins et de supervision en milieu communautaire qui est moins restrictif que la détention dans une institution psychiatrique »⁵⁴. Les OTMC visent des personnes souffrant d'une maladie mentale dite « grave ». Pour qu'un psychiatre puisse délivrer ou renouveler une OTMC, une patiente ou un patient doit répondre à certains critères bien déterminés. Ainsi, le ou la malade hospitalisé et ayant reçu un traitement psychiatrique précédemment peut retourner dans la collectivité à condition de suivre un plan de traitement. Ce plan comprend des médicaments et d'autres formes de soutien psychosocial. Le défaut d'adhérer au plan peut avoir comme conséquence un retour à l'hôpital⁵⁵. Pour assurer un soutien intensif aux personnes qui suivent une OTMC, des « équipes de traitement communautaire actif » ont été créées. Ces équipes multidisciplinaires sont mandatées pour aider la personne à maintenir un état de santé mentale stable et pour assurer son autonomie de même que sa réintégration dans la collectivité.

La réaction à la réforme législative est mitigée. L'accent explicitement mis sur les services destinés aux personnes souffrant de maladies mentales « graves » met à l'écart les besoins des survivantes de traumatismes dont la majorité ne souffrent pas de ce type de maladie mentale. Bien souvent, ce sont des personnes qui fonctionnent adéquatement, mais qui souffrent de détresse émotionnelle et qui ont besoin de services de soutien (thérapie et counseling). On a constaté que cette population est majoritaire dans le système de santé mentale.

Par ailleurs, bien que le Ministère affirme que la nouvelle loi contient des dispositions très strictes en matière de droits humains, bon nombre de groupes qui revendiquent les droits des personnes psychiatisées la critiquent. Selon la Coalition « No Force » (pour le site Web de cette coalition, voir Annexe II - Ressources), les amendements législatifs « élargissent les critères permettant l'hospitalisation involontaire et affaiblissent les dispositions touchant le consentement au traitement et les exigences en matière de conseils à donner au sujet des droits de la personne. » La Coalition affirme que les OTMC élargissent la sphère de pouvoir des psychiatres de telle sorte qu'elle déborde de l'institution psychiatrique. Les psychiatres peuvent désormais imposer un traitement psychiatrique, tel que des médicaments, à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital. On craint que la porte soit maintenant grande ouverte à ceux et celles qui risquent d'abuser de ce pouvoir et de ne pas respecter les droits humains.

⁵³ Le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Loi Brian 2000 (Réforme législative de la santé mentale)*. www.gov.on.ca/health/french/programf/mental_healthf/mentalhealth_mnf.html

⁵⁴ Le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Rights*, p. 4.

⁵⁵ Ted Fielding, *CTO's: Stopping the Revolving Door*, Schizophrenia Digest. Vol. 7, N° 3, 2000, p. 14.

Selon la Commission du consentement et de la capacité, les lois touchant les soins, le traitement et l'hospitalisation des personnes souffrant de maladies mentales «... sont censées faire la part des choses entre le droit à l'autonomie et à l'autodétermination d'une part, et le droit aux soins, à la protection et au traitement et, la sécurité de la collectivité, d'autre part »⁵⁶. La tension entre ces principes est au centre des revendications contre toute utilisation légiférée de la force dans le traitement des personnes psychiatisées. C'est la position de certains groupes représentant les survivants et les survivantes psychiatriques qui dénoncent les situations d'abus des droits humains qu'ont vécues bon nombre de leurs membres.

Les intervenantes dans les services destinés aux femmes qui travaillent avec une survivante psychiatisée font face à tous ces éléments contextuels. Elles doivent composer avec les lois touchant la santé mentale et les tensions concernant l'utilisation de la force lorsqu'une usagère des services présente un danger pour elle-même ou pour autrui. Elles sont souvent appelées à collaborer avec des services du système de santé mentale et elles sont alors confrontées à diverses positions face à la question de l'utilisation de la force, à divers types de traitement des personnes psychiatisées et à diverses approches d'intervention.

Les limites de nos organismes nous empêchent de répondre à tous les besoins des usagères des services. Nous devons collaborer avec une diversité d'organismes et d'institutions et nous ne pouvons pas nous permettre de travailler en vase clos. Cependant, notre mandat et nos principes nous orientent vers une approche d'intervention qui se veut différente. Cette différence peut parfois exacerber la tension.

5.1.2 Le contexte organisationnel : spécificité et limites de nos organismes

Dans notre réseau, nous partageons certaines caractéristiques tandis que d'autres nous distinguent. Ces facteurs peuvent avoir un impact sur notre intervention auprès des survivantes d'abus sexuel psychiatisées.

Les femmes à qui nous offrons nos services font appel à nous pour diverses raisons. Elles sont victimes ou témoins de la guerre, par exemple, dans le cas de certaines femmes réfugiées. Elles sont survivantes d'agressions sexuelles vécues à l'âge adulte. Elles vivent ou ont vécu de la violence dans une relation intime. Elles vivent d'autres difficultés émotionnelles ou des difficultés liées aux circonstances de leur vie (p. ex. revenu, logement, chômage, usage des systèmes social ou juridique). Nos clientes sont aussi d'une grande diversité à tous les niveaux (âge, niveau socio-économique, origine ethnoculturelle, orientation sexuelle, religion, capacité intellectuelle et physique, statut d'immigrante, etc.). Elles sont souvent victimes d'injustices en raison de leur différence. Toutes ces formes de violence et d'oppression sont interreliées et peuvent se chevaucher.

⁵⁶ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Rights and Responsibilities: Mental Health and the Law*. Traduction libre. www.ccboard.on.ca

Quelle que soit la particularité de l'organisme au niveau de sa clientèle – centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), maison d'hébergement destinée aux femmes violentées, centre de femmes offrant des services de préparation à l'emploi –, celui-ci accueille sans doute des survivantes de traumatismes reliés à l'abus sexuel dans l'enfance, dont certaines souffrent de traumatismes ayant comme conséquence des difficultés de santé mentale. Les femmes qui utilisent nos services peuvent être en train de réagir au stress provoqué par leur situation actuelle ou passée. L'utilisation des services d'hébergement et le fait de devoir quitter sa demeure peuvent, en soi, représenter des sources de stress. Parfois ces réactions sont interreliées, par exemple dans le cas où une situation courante déclenche des souvenirs d'un traumatisme passé.

Les organismes de notre réseau offrent une gamme de services. Certains offrent de l'aide concrète, axée sur l'accompagnement, l'aiguillage vers d'autres ressources et l'information. D'autres organismes offrent une thérapie à moyen ou à long terme ou une intervention à court terme ou en situation d'urgence. Les maisons d'hébergement offrent une gamme de services dans un contexte résidentiel. Ailleurs, on trouve des services d'écoute téléphonique ainsi que des services en personne ou encore une combinaison de tous ces services; les travailleuses d'un même organisme ont alors des rôles distincts.

Suivant la définition des services offerts par un organisme, les travailleuses joueront différents rôles dans la vie des femmes. Certaines suivront à long terme une survivante et l'accompagneront tout au long de son cheminement. D'autres auront un contact ponctuel avec elle. Si un service de thérapie est offert, il y aura une importance particulière accordée au processus de guérison et à la relation thérapeutique. En situation de crise, l'intervenante se penchera davantage sur les besoins immédiats de la femme et sur des buts précis à atteindre suivant un échéancier clairement établi.

À cela s'ajoutent les limites de l'organisme et de son personnel. La capacité d'un organisme peut être restreinte en raison de la demande élevée de services qui imposera certains paramètres au niveau du degré de contact qu'il est possible d'établir entre la travailleuse et la femme. Une femme pourrait avoir besoin d'un suivi plus intensif qu'il est possible d'offrir compte tenu des effectifs de l'organisme. Le manque de services en français dans une collectivité ou une région donnée limite la capacité de l'intervenante de diriger la femme vers d'autres services plus aptes à répondre à ses besoins. Malgré ses propres limites et les limites de l'organisme, l'intervenante pourra se sentir obligée d'accepter toutes les femmes qui se présentent, étant donné la pénurie de services en français.

Un autre facteur susceptible de définir ou de limiter l'intervention offerte est la proximité physique des autres usagères du service. Dans une maison d'hébergement, le comportement d'une femme peut avoir une grande incidence sur les autres résidentes. Certains organismes ont des limites d'espace qui déterminent leurs attentes au niveau du comportement des usagères sur les lieux.

Enfin, les limites des intervenantes sont des facteurs à prendre en considération. L'intervention auprès des survivantes d'agression à caractère sexuel est un travail enrichissant, mais également très exigeant professionnellement et personnellement, à tous les niveaux : intellectuel, émotionnel et spirituel. Le risque d'un traumatisme secondaire chez les intervenantes est réel et sérieux.

En plus de ces facteurs, de ces différences et de ces limites, les femmes qui utilisent nos services font face à des situations difficiles comportant de grands défis et soulevant des enjeux complexes. Pour répondre avec intégrité aux besoins des femmes, on se doit de déterminer une approche d'intervention pour nous guider.

5.2 Les enjeux de l'intervention

5.2.1 Les grandes lignes de l'approche d'intervention féministe

Nous travaillons à différents niveaux et de différentes façons pour atteindre des objectifs assez semblables. Malgré les particularités de nos organismes au niveau du mandat et des services offerts, certains éléments essentiels définissent les fondements d'une approche commune. Par ailleurs, quels que soient le rôle de la travailleuse et le niveau de son contact avec une femme, toute intervenante œuvrant dans un service pour femmes a quelque chose à offrir à une survivante d'agression à caractère sexuel psychiatisée afin de l'aider à progresser dans son cheminement pour se remettre du traumatisme qu'elle a subi.

Dans cette section, nous donnons les grandes lignes d'une approche d'intervention féministe adaptée aux besoins des survivantes d'agression à caractère sexuel psychiatisées. Cette approche est tirée de la recherche⁵⁷ et des consultations effectuées. Il en ressort plusieurs éléments qui constituent un fil conducteur reliant diverses perspectives et divers types de services d'intervention et offrant une solution de rechange au modèle médical de la psychiatrie.

Tout au long du processus de rétablissement, trois éléments de base sont nécessaires à la femme :

- ♦ des relations personnelles saines, que ce soit une relation d'aide ou d'autres relations humaines;
- ♦ un accès continu à des ressources, de l'information et des connaissances;
- ♦ la compréhension du fait que son vécu personnel se situe dans un contexte social et politique plus large⁵⁸.

⁵⁷ L'information présentée dans la section 5.2 est tirée des consultations effectuées lors de la recherche ainsi que de trois ressources principales : *Toward Empathy: Access to Transition Houses for Psychiatricized Women* par Gisela Sartori du Second Opinion Society, 1995; *The Link Between Childhood Trauma and Mental Illness* par Barbara Everett et Ruth Gallop, 2001; et *Guide d'atelier d'un jour destiné aux intervenantes de première ligne : Habiletés d'intervention auprès des survivantes de traumatismes* par l'Association canadienne pour la santé mentale – Division de l'Ontario, janvier 2001.

⁵⁸ Everett et Gallop, *The Link Between*, p. 148.

Toutes les intervenantes peuvent chercher à offrir ces éléments nécessaires au rétablissement de leurs clientes, quels que soient le contexte dans lequel elles travaillent et le service qu'elles offrent. Ces éléments sont intégrés dans l'intervention de diverses façons. Les lignes directrices suivantes proposent quelques pistes de réflexion. Par la suite, nous traiterons des défis rencontrés dans leur mise en application dans des situations réelles.

Maintenir une attitude d'empathie envers la femme

L'empathie et la compréhension constituent la pierre angulaire d'une approche d'intervention non médicale auprès des survivantes psychiatisées, qui remet en question le modèle médical de la psychiatrie. Une telle approche reconnaît que les étiquettes psychiatriques peuvent isoler, marginaliser ou stigmatiser une femme. Cette stigmatisation, liée à des attitudes et à de fausses croyances concernant les difficultés de santé mentale, a une incidence négative sur l'intervention.

La conviction que toutes les femmes ont des choses en commun avec celles qui éprouvent une détresse émotionnelle extrême est à la base d'une attitude empathique. Certains facteurs de stress menant à une crise en santé mentale sont présents dans la vie de beaucoup de femmes. La meilleure façon d'offrir une solution de rechange au modèle médical de la psychiatrie consiste à chercher à entrer en contact avec la femme et à établir un lien avec elle. C'est-à-dire qu'on cherche à comprendre et à respecter les difficultés auxquelles elle fait face et à s'identifier à elle comme être humain. On fait l'effort de découvrir l'aspect humain de son expérience. Cette approche d'intervention repose sur le respect de la personne et sur la compréhension de ses problèmes dans la vie.

Chercher à comprendre le contexte

Lorsqu'une femme perçoit son expérience vécue d'une façon isolée, en dehors du contexte historique, politique, social et culturel de sa vie, elle a plus tendance à se responsabiliser ou à se culpabiliser. Savoir que l'abus sexuel des enfants est un secret bien gardé depuis longtemps et que certains groupes sont plus vulnérables à cause de leur absence de pouvoir permettra à la femme de se sentir moins seule et de comprendre que l'exploitation sexuelle des femmes et des enfants est un problème social et non individuel.

Le contexte de sa vie actuelle peut également être pertinent dans l'intervention. Son contexte culturel peut créer des obstacles augmentant les défis auxquels une femme fait face lorsqu'elle décide de briser le silence qui entoure l'abus. Ces facteurs ont une incidence sur les difficultés vécues par la femme ainsi que sur l'intervention nécessaire pour les surmonter.

Faciliter la prise en charge individuelle et collective de la femme

La détresse émotionnelle et psychologique des femmes est intimement liée aux inégalités et aux formes d'oppression qu'elles vivent dans notre société. L'intervention auprès des femmes psychiatisées doit tenir compte de cette réalité et reconnaître les droits des femmes : le droit à la différence, le droit au choix (p. ex. services, traitement,

choix de vie), le droit d'accès aux services, à l'information et aux ressources, le droit de mettre fin aux services, ainsi que tous les droits sur les plans juridique et humain qui s'appliquent aux autres. L'intervenante prend une position claire contre toutes les formes de violence et d'abus, y compris l'abus vécu en institution psychiatrique.

L'intervention vise à bâtir la confiance en soi de la femme psychiatisée et à l'aider à reprendre le contrôle ou la gestion de sa vie – de ses choix, de ses options et de sa situation – par tous les moyens possibles, y compris par l'information et l'éducation. En parlant ouvertement avec la femme et en l'outillant, on lui fait savoir qu'elle est une personne responsable et capable de faire son propre cheminement et, qu'elle peut utiliser son pouvoir personnel pour y arriver. La revendication des droits est également une composante importante de la reprise de pouvoir, par exemple, vis-à-vis du système psychiatrique.

Respecter la réalité, le vécu et les perceptions de la femme

Il est important de se rappeler que malgré la confusion qui règne durant une période de crise en santé mentale, la raison subsiste et la vérité apparaît à propos de l'abus vécu par la femme. Soutenir les femmes ayant des difficultés de santé mentale veut dire accepter leur perception d'elles-mêmes et du monde qui les entoure. La femme qui a des hallucinations et des psychoses les croit réelles. Un des rôles de l'intervenante consiste à amener la femme à déceler le noyau de vérité qui est à la base de ces expériences et à le nommer.

Il est également important de respecter la définition des besoins et des difficultés de la femme. Par exemple, certaines femmes se définissent comme ayant une maladie mentale. Le rôle de l'intervenante consiste alors à les aider à accéder aux services et aux traitements adéquats. D'autres femmes ont rejeté la psychiatrie et s'en méfient. Elles se définissent comme survivantes de la psychiatrie, c'est-à-dire qu'elles considèrent néfaste l'expérience qu'elles en ont eue. Selon Sartori, une approche empathique est la seule méthode de travail efficace auprès des femmes qui ont rejeté le système psychiatrique⁵⁹.

Adopter une attitude optimiste quant à la capacité des femmes de faire un cheminement

Tout le monde est capable de croissance personnelle, de guérison et de rétablissement et tout le monde a des forces. Certaines femmes, par exemple celles qui, de façon continue, entendent des voix, ont des visions ou s'en tiennent à des idées fortes et fixes (p. ex. sont « psychotiques »), ou celles qui sont intoxiquées par les drogues ou l'alcool, ne pourront pas profiter des services offerts tant que ces manifestations de leur détresse ne seront pas, jusqu'à un certain point, sous contrôle. Elles sont toutefois capables de progresser à leur propre rythme dans leur croissance personnelle et d'apprendre à mieux gérer leur vie émotionnelle.

⁵⁹ Sartori, *Towards Empathy*, p. 27 – 28.

La peur de faire face à des émotions douloureuses ou de dévoiler un secret honteux empêche certaines personnes de progresser. Par ailleurs, une approche ou un service peut simplement ne pas répondre aux besoins d'une personne. Cependant :

Bien qu'il y ait des situations dans lesquelles aucune approche ne réussit à marquer des progrès, la vaste majorité des clients changent, s'améliorent et se développent. Quel que soit le modèle ou l'approche dont on se sert, les services en santé mentale doivent mettre l'accent sur le changement positif – voire sur la guérison et le rétablissement dans le cas des survivantes d'abus dans l'enfance. Tout le monde est capable de croissance personnelle⁶⁰.

La psychiatrie crée un cycle de dépendance et de contrôle en prétendant pouvoir guérir ou soulager de façon permanente les symptômes de maladie mentale tout en attribuant à l'individu une étiquette de maladie chronique. Reconnaître les forces de la femme et croire en son pouvoir personnel et en sa capacité de prendre sa vie en main sont des façons efficaces de lui offrir du soutien et de lui redonner de l'espoir.

Accorder la priorité à la sécurité émotionnelle, relationnelle et physique de la femme

La sécurité émotionnelle, relationnelle et physique de la femme psychiatisée survivante d'agression à caractère sexuel compte parmi les buts prioritaires de l'intervention. Le travail en vue d'assurer la sécurité de la femme permet à celle-ci de s'engager dans le processus de guérison et de rétablissement et fait en même temps partie intégrante de ce processus.

Un moyen primaire pour établir la sécurité émotionnelle et renforcer la capacité d'agir de la femme consiste à lui enseigner de nouvelles compétences (*coping skills*). Les survivantes d'agression à caractère sexuel ont souvent développé des « stratégies de survie » qui leur ont permis de s'adapter à des situations intenablement vécues pendant l'enfance. L'acquisition de nouvelles compétences est un outil efficace pour mieux composer avec les symptômes d'évitement et de torpeur⁶¹. Composer avec l'impact du traumatisme et la conviction de contrôler le rythme du processus de guérison sont d'importants préalables, un moyen crucial pour bâtir la sécurité émotionnelle et physique de la femme.

Les femmes ont besoin d'assurer leur sécurité dans leurs relations familiales et leurs amitiés. Elles peuvent le faire en établissant un niveau de contact avec lequel elles sont à l'aise et grâce à des habiletés leur permettant de reconnaître la revictimisation et de l'éviter. La relation d'aide est un lieu primordial pour travailler la sécurité relationnelle. Elle constitue un lieu d'expérimentation dans lequel les femmes peuvent commencer à avoir une interaction humaine saine et sécuritaire. Dans la relation d'aide, bâtir la

⁶⁰ Everett et Gallop, *The Link Between*, p. 178. Traduction libre.

⁶¹ L'Association canadienne pour la santé mentale – Division de l'Ontario. *Guide d'atelier d'un jour destiné aux intervenantes de première ligne : Habiletés d'intervention auprès des survivantes de traumatismes*. Janvier 2001.

confiance avec une survivante d'agression à caractère sexuel psychiatisée nécessite un respect mutuel, une ouverture, une communication claire, une transparence et une authenticité de la part de la travailleuse⁶². Il est essentiel aussi d'établir dès le départ des limites précises entre l'intervenante et la femme et d'expliquer les paramètres de la relation d'aide. Il faut se rappeler que le processus d'intervention est tout aussi important que les objectifs. La façon dont l'intervenante communique avec la cliente compte donc tout autant que l'objectif même de l'intervention.

La résolution des problèmes concrets liés aux besoins essentiels fait également partie de ce processus. Travailler avec la femme à réduire le chaos dans sa vie l'aide à établir sa sécurité physique. Ce niveau de sécurité est un préalable à la guérison, au cheminement et au rétablissement des survivantes psychiatisées.

Reconnaître qu'une crise est une occasion en même temps qu'un danger potentiel

Traverser des situations de crise fait partie de la vie. Une crise est précédée d'étapes au cours desquelles il y a souvent des possibilités de prévention grâce à un soutien adéquat. Lorsqu'on vit le bouleversement émotionnel associé à une crise, c'est qu'on a épuisé toutes nos stratégies et habiletés habituellement utilisées pour résoudre des problèmes et pour composer avec des situations difficiles.

Il est important de développer – et surtout d'amener la femme à développer – une compréhension de la crise et de sa signification. Il est possible de réduire l'intensité des situations de crise en créant un sentiment de sécurité grâce à une approche fondée sur l'empathie et la communication. En s'efforçant de comprendre les vrais besoins de la femme, de son point de vue à elle, on peut prévenir les crises; c'est le meilleur moyen d'éviter l'hospitalisation ou la prison. Une crise peut ainsi ouvrir la voie à la croissance et au changement pour la femme.

Faire le lien entre l'impact de l'abus et le comportement, les attitudes et la situation actuelle de la femme

La douleur émotionnelle et la dissociation qui l'a causée sont à la base des crises de santé mentale chez la survivante. Lorsque c'est approprié et à un moment opportun, l'intervenante peut reconnaître l'impact de l'abus sur la vie de la personne et l'amener à faire le lien entre les manifestations de sa détresse émotionnelle et l'abus qu'elle a vécu. Cependant, la mention du passé dans l'intervention doit se faire selon le rythme et le choix de la femme et selon sa capacité de tolérer la douleur émotionnelle qui y est rattachée, afin d'éviter de trop la déstabiliser.

Être au courant de l'abus que la femme a vécu dans le passé aide à mieux comprendre toutes ses difficultés et permet d'élaborer pour elle un plan de service ou la diriger vers d'autres services adaptés à ses besoins. Cependant, nous ne sommes pas toujours au courant du passé de violence des usagères de nos services. Bien que les survivantes d'abus témoignent de leur vécu de diverses manières, par exemple en relatant leur

⁶² Everett et Gallop, *The Link Between*, p. 125 – 130.

expérience de vie ou par leur comportement et les manifestations de leur détresse émotionnelle, elles ne le font pas toujours de façon directe.

Le dépistage de l'abus sexuel soulève des questions et des enjeux complexes. Il ne devrait pas se faire de façon routinière ou automatique. Dans la prestation de services, il faut user de son jugement et faire la part des choses entre le degré d'importance qu'il y a à connaître cette information, d'une part, et l'impact profond de sa divulgation sur une survivante, d'autre part. Le dévoilement déclenchera probablement des émotions intenses ainsi qu'une gamme de stratégies de survie pour composer avec ces émotions. Il est d'une importance capitale de veiller à ce que la survivante maintienne un sentiment de sécurité et qu'elle garde le contrôle de ce processus et, de s'assurer que l'intervenante est en mesure de prendre le temps nécessaire et d'offrir un lieu approprié pour répondre aux besoins de la survivante.

La prise de conscience de l'impact de l'abus sur la vie de la femme est un processus souvent pénible, complexe et de longue durée. En soi, il permet à la femme de normaliser son vécu et d'y donner un sens, un besoin qui est essentiel à la santé mentale de tout être humain.

Jouer le rôle de témoin lorsque la femme raconte ce qu'elle a vécu

Les survivantes psychiatisées racontent leur histoire tout le temps, mais de façon indirecte, à travers leur comportement et leurs « symptômes ». Le fait de dire ce qu'elles ont vécu – que ce soit par des paroles ou par un autre moyen (p. ex. un dessin) – est un acte puissant qui rend leur expérience réelle. Le témoin constate l'expérience de la femme en écoutant, en répondant et en reprenant ses paroles afin d'assurer sa pleine compréhension. Quand une autre personne comprend, le déni devient plus difficile.

La relation d'aide est un lieu propice au dévoilement chez les survivantes d'agression à caractère sexuel. Il est donc important que toute intervenante œuvrant auprès des femmes soit prête à écouter et à réagir à la divulgation d'actes de violence sexuelle. Chaque intervenante peut contribuer au cheminement d'une survivante en créant un environnement sécuritaire et en écoutant son témoignage.

Cependant, avant de s'engager à long terme avec une survivante dans son cheminement vers la guérison, il importe que l'intervenante prenne en considération son propre niveau d'expérience et de connaissance du traumatisme et des étapes de guérison, sa capacité de travailler en profondeur sur la sécurité relationnelle avec la survivante, sa description de tâches et la capacité de l'organisme de la soutenir dans ce travail.

Accepter la différence

Toute personne a le droit d'être différente, tant dans son comportement que dans ses idées, sa pensée et sa façon de s'exprimer. Il en va de même des personnes qui portent une étiquette psychiatrique. L'intolérance à l'égard des personnes aux prises avec des difficultés de santé mentale pourrait être l'indice d'une intolérance ou d'une peur des

différences en général. Un comportement perturbateur, difficile à comprendre ou à accepter, est une adaptation au stress et une expression de douleur ahurissante et de peur, et non une manipulation ou une recherche d'attention. Il est important de créer des lieux où les usagères des services, y compris les femmes psychiatriquées, se sentent acceptées telles qu'elles sont.

Prendre soin de soi-même et reconnaître ses limites

Ce sont là deux éléments qui font partie intégrante d'une intervention efficace. La nature même du travail d'intervention auprès des survivantes de traumatisme rend l'intervenante susceptible de vivre indirectement un traumatisme. Par ailleurs, une approche d'intervention empathique peut, chez la travailleuse, entraîner des frustrations, de l'épuisement personnel et professionnel et un sentiment de vulnérabilité. Il est nécessaire de se remettre en question et de reconnaître et d'accepter ses limites comme personne et comme travailleuse ainsi que les limites de l'organisme.

Le besoin de prendre soin de soi peut être considéré comme une exigence de l'emploi, une nécessité pour une intervention efficace. Tout au long de l'intervention, on doit être à l'écoute de ses réactions émotionnelles et de ses limites personnelles. L'organisme peut encourager et soutenir cette démarche de diverses façons. Des moyens de prévention du traumatisme secondaire ou indirect peuvent être incorporés aux habitudes de travail établies par les intervenantes et par l'organisme.

Reconnaître les effets thérapeutiques des situations de tous les jours

Bon nombre de survivantes aux prises avec des difficultés de santé mentale prendront connaissance en thérapie des étapes à franchir vers le rétablissement. Cependant, aucune règle ne dicte que les survivantes doivent suivre une thérapie ou se faire traiter en psychiatrie pour guérir. Tout le monde bénéficie des rapports humains chaleureux, de l'information, de l'accès aux ressources ainsi que du soutien et de la compréhension de son entourage. On peut trouver ces forces guérissantes de diverses façons et dans divers contextes et relations.

Une intervention efficace se fonde sur la capacité de la collectivité de promouvoir la guérison en mettant l'accent sur les forces de chaque être, la puissance de la vie et la valeur de l'entraide. Ces éléments peuvent être intégrés à divers types de services, même lorsque l'intervention ne porte pas sur le traumatisme. Selon Everett et Gallop «... *tout professionnel en santé mentale, quelle que soit sa désignation officielle, est formé pour offrir ces ingrédients clés du bien-être. Par conséquent, tout a un rôle essentiel à jouer dans le processus de guérison et de rétablissement des clients* »⁶³.

Cette vision de l'intervention est mise à l'épreuve dans le cas des survivantes d'agression à caractère sexuel psychiatriquées qui traversent une crise émotionnelle. La mise en application de ces lignes directrices dans des situations réelles pose des défis d'une grande complexité.

⁶³ Everett et Gallop. *The Link Between*. p, 159. Traduction libre.

5.2.2 Les défis et les enjeux de l'intervention

Les femmes qui ont survécu à l'agression à caractère sexuel pendant l'enfance en ont des séquelles qui se manifestent par toute une gamme de difficultés émotionnelles. Il y a des attitudes et des comportements types chez les survivantes d'abus sexuel psychiatriquées en situation de crise. Nous regroupons ces situations de crise en catégories d'après celles qu'on rencontre le plus souvent dans les services communautaires destinés aux femmes⁶⁴. Ces catégories ne sont toutefois pas étanches; elles peuvent se chevaucher, de telle sorte qu'une femme peut présenter des caractéristiques décrites dans plus d'une catégorie.

Cette section n'a pas pour but de traiter en profondeur de tous les enjeux de l'intervention auprès des survivantes d'agression à caractère sexuel, mais plutôt de souligner ceux qui sont le plus souvent associés aux difficultés de santé mentale et de cerner les questions essentielles qui s'y rattachent. Les éléments de l'intervention présentés dans la dernière partie de cette section s'appliquent à toutes ces situations; cependant, chacune pose des défis particuliers de mise en application pour les intervenantes et leur organisme.

La dépression extrême

Quand la dépression est plus profonde qu'un « bas » qui fait partie des hauts et des bas de la vie, elle est caractérisée par certains indicateurs. La personne pleure beaucoup sans raison évidente. Elle a probablement peu d'énergie physique. Elle a de la difficulté à dormir ou elle dort beaucoup trop. Le désespoir, un sentiment d'inutilité et la culpabilité peuvent être des émotions prédominantes. La personne peut aussi avoir de la difficulté à prendre des décisions. Pour empirer sa situation, elle peut avoir honte et se sentir coupable de faire une dépression si celle-ci dure longtemps.

La dépression peut être une réaction à des événements de la vie ou à des situations stressantes (mort d'une personne proche, divorce, etc.). Quand une personne fait une dépression sans qu'on puisse l'attribuer à un événement particulier, le système médical l'appelle dépression « majeure » ou « endogène », ce qui veut dire qu'elle vient de l'intérieur de la personne. La psychiatrie prétend que cette forme de dépression est une maladie sans raison logique.

Quand la dépression prend cette forme, il peut être difficile pour l'intervenante d'accompagner la femme avec empathie tout au long du processus, à son rythme et dans le respect de ses choix. Celle-ci peut avoir besoin d'un soutien et d'un encadrement qui dépassent le mandat et la capacité des services de l'organisme. Par exemple, si notre organisme offre des services à court terme ou uniquement une aide pratique, il peut sembler à l'intervenante qu'il n'a rien à offrir à la femme. La tentation peut être grande de se distancier de la femme et de sa souffrance en l'étiquetant comme « malade » ou en percevant sa dépression comme une faiblesse individuelle. On peut être tenté de prendre sa vie entre nos mains pour la sortir de son état d'impuissance en

⁶⁴ L'information contenue dans cette section est tirée du livre *Toward Empathy: Access to Transition Houses for Psychiatricized Women*, par Gisela Sartori du Second Opinion Society, 1995, p. 47– 56.

la poussant, par exemple, à absorber des médicaments contre son gré ou à essayer des solutions de rechange aux médicaments. La diriger vers les services psychiatriques peut nous sembler la seule solution.

Lorsqu'on adopte une position critique envers le modèle médical de la psychiatrie et qu'on se méfie de l'industrie pharmaceutique, il semble logique de rejeter les médicaments. Selon le diagnostic de la femme, les effets secondaires des médicaments qu'on lui prescrit peuvent représenter un obstacle majeur au travail émotionnel qu'on entreprend avec elle en counseling. Des effets secondaires peuvent en effet se manifester suite à une surmédication. Dans ce cas, la femme risque de se présenter aux sessions de counseling engourdie et avec une faible capacité de concentration. Travailler sur l'impact de l'abus peut sembler inutile ou impossible lorsque la personne est dans un tel état. Une intervenante a soulevé la question de la politique de l'organisme qui consiste à refuser de donner le service aux personnes qui sont sous l'influence de drogues ou d'alcool, sans l'appliquer aux usagères qui consomment des médicaments prescrits par un psychiatre. Pourtant, ces médicaments peuvent, autant que les drogues et l'alcool, empêcher la femme de participer au counseling.

Toutefois, l'utilisation de médicaments psychiatriques prescrits peut constituer un aspect important du processus de guérison d'une survivante. Par exemple, les médicaments peuvent aider à réduire les impacts émotionnels et physiologiques de l'abus sexuel vécu dans l'enfance, tels que l'anxiété, l'insomnie et l'incapacité de se concentrer. Ils peuvent libérer une personne pour qu'elle se concentre sur la vraie source de sa dépression ou sur d'autres formes de détresse émotionnelle au lieu de demeurer préoccupée continuellement par les impacts de l'abus et par la nécessité d'acquérir des habiletés pour se reconforter et pour composer avec ces impacts. Comme l'a exprimé une intervenante : « *Les médicaments sont une béquille, mais des fois on a besoin de béquilles.* » Cependant, utiliser des médicaments sans accès au counseling – ce qui est souvent le cas en psychiatrie – enlève à la survivante la possibilité de bénéficier de ce soulagement pour travailler à sa croissance personnelle. Par ailleurs, lui imposer ou lui offrir des médicaments sans lui laisser la possibilité de faire un choix éclairé, en ce qui concerne par exemple les effets secondaires et les risques et bénéfices qui y sont associés, ne lui permet pas de reprendre le contrôle de sa vie, un aspect fondamental du processus de guérison.

Une dépression profonde est souvent un moyen de composer avec la douleur émotionnelle lorsqu'il est trop difficile d'y faire face directement. Devant les sentiments de désespoir et d'impuissance de la femme, l'intervenante doit chercher à comprendre et se rappeler la vraie source de la douleur. Il est également important de soutenir la femme afin qu'elle accepte que sa dépression est une réaction humaine, quoique difficile et douloureuse. Contextualiser la dépression et amener la femme à se rappeler que cela fait partie du processus de guérison pourraient également contribuer à l'acceptation de soi. Le développement d'une telle attitude pourrait aider la femme à combattre son sentiment de culpabilité, son désespoir et le mépris qu'elle nourrit envers elle-même et, qui peuvent faire partie de sa dépression.

Un fort désir de suicide

Par leurs paroles, leur comportement ou leur attitude, certaines femmes qui utilisent nos services expriment le désir de se suicider. Une femme dans cette situation éprouve de profonds sentiments de désespoir, de solitude et de détresse. Sa vie intérieure et extérieure est très chaotique. Elle peut se sentir accablée par ses problèmes et se sentir inadéquate et incapable de les résoudre. Si ses efforts pour se reprendre en main échouent, le suicide peut représenter une porte de sortie et un moyen de mettre fin à sa douleur. Au milieu de ce chaos, les pensées suicidaires sont réconfortantes. Certaines les verbalisent, d'autres les taisent.

Il est probable qu'il y ait une certaine ambivalence dans son désir de mourir : une partie d'elle veut mourir, l'autre partie ne le veut pas. L'évaluation du degré de cette ambivalence et de l'imminence de son intention de passer à l'acte (p. ex. l'existence d'un plan et des moyens pour se suicider) est un aspect important de l'intervention. Souvent, la femme donnera des indices verbaux de son niveau d'ambivalence et de ses intentions ou les manifestera par son comportement ou son attitude. C'est à l'intervenante de chercher à percevoir ces indices et de s'informer directement auprès de la femme sans présumer de leur signification.

Que son désir de mourir s'exprime par une tentative de suicide ou par des paroles, il est clair que la personne cherche de l'aide pour résoudre son conflit. Elle fait savoir aux autres qu'elle souffre profondément en espérant que quelqu'un entende son appel à l'aide et le prenne au sérieux. Lorsqu'on travaille avec une femme qui vit ce genre de situation, les principes discutés plus haut s'appliquent encore davantage. Le contact, le lien, l'empathie et l'écoute demeurent des éléments clés pour rejoindre la femme, gagner sa confiance et l'amener à se sentir comprise. L'autonomisation ou *empowerment* lui permettra de reprendre sa vie en main.

La femme a besoin de se sentir en sécurité lorsqu'elle exprime ses sentiments et ses pensées et elle a besoin de savoir qu'elle ne sera pas jugée si elle en parle. Elle a besoin de savoir que d'autres se préoccupent d'elle et sont là pour elle; un réseau de soutien est particulièrement important. Elle a besoin d'un soutien intensif et fiable pendant une certaine période et d'obtenir de l'aide sans perdre le contrôle.

Pour l'intervenante, le dilemme consiste à faire savoir à la femme qu'elle croit les raisons pour lesquelles celle-ci ne veut pas se suicider et espère continuer à vivre tout en estimant que son désir de suicide est acceptable, vu la douleur et le conflit qui l'accompagnent. En d'autres mots, l'intervenante souhaite lui faire comprendre qu'elle perçoit son degré de désarroi même si elle désire lui transmettre une lueur d'espoir. Elle cherche plutôt à l'accompagner dans sa crise qu'à l'en soustraire.

Une approche fondée sur l'empathie, le respect mutuel, le pouvoir partagé et le respect du choix de la femme est importante lorsqu'elle manifeste un fort désir de suicide. La femme ressent alors profondément le besoin d'exercer un contrôle sur elle-même, d'être en contact avec d'autres et de se sentir comprise afin de briser sa solitude. Il est

important que l'intervenante se rappelle que la personne désireuse de se suicider peut changer d'idée si elle trouve des solutions réalistes.

Une communication simple et directe permet d'évaluer le degré d'ambivalence, la motivation et l'intention de la personne. En plus, elle montre combien l'intervenante se préoccupe du bien-être de la femme. La formation est importante pour donner aux intervenantes les outils et les connaissances nécessaires à une évaluation efficace.

Toutefois, cette approche peut comporter certaines limites. Le besoin de soutien intensif, d'encadrement et de disponibilité continue de la part d'une intervenante peut être difficile à combler dans un organisme communautaire à cause du manque de ressources humaines et autres. Dans ce cas, l'hôpital peut être le seul moyen d'assurer à la femme l'encadrement nécessaire à sa sécurité même si ce genre de service est plutôt inadéquat, qu'il est rarement offert en français en Ontario et qu'il a souvent une incidence plutôt négative sur la femme.

Par ailleurs, la nécessité d'accompagner la femme dans l'expression ouverte de ses sentiments, de ses idées et de son intention de se suicider peut être difficile à tolérer pour l'intervenante et peut dépasser ses propres limites. Une telle expression est d'ailleurs limitée par les politiques de plusieurs organismes qui exigent qu'on appelle la police ou l'hôpital lorsqu'une femme présente un danger pour elle-même ou pour autrui. Au fond, la question à savoir si le suicide est un droit qui l'emporte sur l'obligation de protéger la personne demeure controversée. Le principe du respect du choix de la femme et de son droit de contrôle sur sa vie est revendiqué par les survivantes et survivants psychiatriques qui s'opposent à toute utilisation de la force envers une personne psychiatisée. Selon Sartori, qui partage cette opinion, c'est un droit humain fondamental de refuser l'intervention médicale ou institutionnelle dans sa vie ou dans sa situation immédiate, quelles que soient les circonstances⁶⁵. Cette opinion prend appui sur la ferme croyance en l'inutilité du traitement psychiatrique et en son impact néfaste, voire traumatisant, tel que déjà mentionné.

Selon Everett et Gallop⁶⁶, le déséquilibre de pouvoir dans la relation d'aide est une réalité à laquelle les survivantes, qui ont été traumatisées par un abus de pouvoir, sont souvent très sensibles. Le nommer et l'assumer permet une certaine transparence et aide à créer des frontières et des limites claires dans la relation. Ces auteures reconnaissent que la relation d'aide change profondément lorsqu'on a recours à la loi et que les usagères des services subissent l'hospitalisation involontaire, les contraintes mécaniques et le traitement forcé. L'intervenante peut utiliser son pouvoir « avec » la femme dans une relation saine afin d'aider celle-ci à se développer, à se rétablir et à changer, dans la mesure où la relation demeure à l'intérieur de certaines limites établies dès le départ.

⁶⁵ Sartori, *Toward Empathy*.

⁶⁶ Everett et Gallop, *The Link Between*, p. 121 – 138.

En effet, demeurer à l'intérieur d'un cadre volontaire d'intervention est le but visé; l'utilisation de la force n'a jamais la préférence et est toujours le dernier recours. Celle-ci doit être négociée avec grande prudence car il y a un risque important que la survivante se sente sur un terrain glissant et que se déclenche une lutte de pouvoir. Par cette négociation, on vise à amener la femme à se rendre davantage compte de l'impact de son comportement et des choix inconscients qu'elle fait et, à être capable d'exprimer ses besoins clairement, consciemment et directement.

Everett et Gallop proposent de considérer que lorsque le comportement d'une femme correspond aux critères juridiques pour l'hospitalisation forcée et qu'il constitue un danger pour elle-même ou pour autrui, il y a lieu de sortir du cadre volontaire de l'intervention. L'intervenante doit alors se servir de son pouvoir «sur » la femme afin d'assurer la sécurité de cette dernière. Les principes déjà mentionnés régissant une relation d'aide saine, c'est-à-dire un respect mutuel, une communication claire, des frontières bien définies, une authenticité et une responsabilisation continuent de s'appliquer.

Ce genre de situation exige que l'intervenante accepte une certaine tension entre deux besoins coexistants : la tolérance de l'expression franche du désir de la femme de se suicider afin de lui permettre de maintenir un contrôle sur sa vie et de lui fournir une occasion de briser son isolement, d'une part, et la capacité d'évaluer avec précision le risque réel, d'autre part.

Comportements autodestructeurs

Certaines survivantes d'agression à caractère sexuel ont des comportements autodestructeurs chroniques ou périodiques. Une gamme de comportements directs et indirects, comme des altérations au corps telles que le tatouage ou le perçage, la toxicomanie, ne pas prendre soin de soi-même ou ne pas se protéger (comme dans le cas de la revictimisation lorsque la femme s'expose de façon répétée à des situations dangereuses) et l'automutilation intentionnelle, peuvent être considérés comme autodestructeurs.

L'automutilation prend bien des formes et elle est définie comme « des actions intentionnelles qui blessent ou endommagent le corps et qui sont en dehors des limites de ce qui est socialement acceptable »⁶⁷. Les actes d'automutilation sont souvent accompagnés ou suivis de sentiments de honte. L'automutilation peut remplir différentes fonctions pour la femme. Ce genre de comportement est souvent l'expression de son désir et de son besoin que quelqu'un voie et comprenne sa douleur et son vécu. Il peut servir de mécanisme d'adaptation permettant à la survivante de composer avec l'impact du traumatisme, par exemple en exprimant et gérant ses émotions intenses, en préservant un état d'équilibre et en maintenant l'effet de la dissociation. Il peut permettre à une femme qui a grandi dans un environnement chaotique et dangereux de recréer une atmosphère qui lui est familière; son corps peut avoir développé l'habitude de la stimulation fournie par l'adrénaline générée par un tel environnement. L'automutilation

⁶⁷ Everett et Gallop, *The Link Between*, p. 60.

peut être un moyen de reproduire le traumatisme original que la femme a vécu⁶⁸. La fonction de l'automutilation varie selon la personne et l'acte peut répondre à une gamme de besoins complexes.

Ce comportement se distingue des tentatives ou des actes suicidaires par l'intention qui diffère. L'automutilation peut même être un effort pour éviter le suicide. Parfois, la ligne de démarcation est mince entre le désir de suicide et l'automutilation ou un autre type de comportement autodestructeur chronique. Une blessure grave causée par accident et certains comportements autodestructeurs peuvent aller jusqu'à mettre la vie de la personne en danger. L'automutilation se situe le long d'un axe à la limite duquel se trouve le suicide. Malheureusement, la répétition des actes autodestructeurs est parfois interprétée comme une tentative de manipulation pour attirer l'attention et elle n'entraîne que rejet ou indifférence. Lorsqu'une survivante psychiatisée est ainsi jugée et étiquetée (comme ayant, par exemple, le trouble de la personnalité limite), il y a de fortes chances que son comportement perdure et s'intensifie.

Encore une fois, un processus d'intervention permettant à la femme de se sentir écoutée et comprise, d'être en contact avec d'autres personnes et d'arriver peu à peu à comprendre le lien entre ses actes et son traumatisme, est essentiel. Les contrats de « non-suicide » ou de « non-mutilation » qu'on utilise souvent dans les organismes de services sociaux soulèvent certaines questions. Par cette technique, les usagères de services s'engagent à ne pas se mutiler entre les rencontres avec l'intervenante et à prendre contact avec elle si elles songent à le faire. Everett et Gallop soulignent que ces contrats n'offrent à la survivante aucune protection spéciale contre le suicide pas plus qu'ils n'offrent à l'intervenante une protection juridique. Par contre, ils peuvent donner à la femme l'occasion d'expérimenter des moyens d'autosoins et de remplacer les moyens habituels.

Leur valeur repose sur la qualité de la relation d'aide et sur le degré d'empathie et de préoccupation pour le bien-être de la femme que l'intervenante a réussi à développer. Par ailleurs, les survivantes perçoivent ces contrats comme punitifs puisqu'ils ne reconnaissent pas l'importance du recours à de tels actes pour elles⁶⁹. Selon Sartori, en exigeant que la femme ne donne pas suite à ce qu'elle désire le plus, on lui demande de se nier et de nier ses sentiments les plus forts. Sartori affirme que cette mesure fonctionne surtout pour alléger la peur et la détresse de la travailleuse. Bien que les sentiments de peur et d'anxiété de l'intervenante soient compréhensibles et justifiables, ce type de contrat va à l'encontre des besoins de la femme en détresse⁷⁰.

L'intervention auprès d'une femme qui s'automutile dans le contexte des services communautaires destinés aux femmes pose de nombreux défis. Ces défis sont similaires à ceux auxquels fait face une intervenante qui travaille avec une femme qui désire se

⁶⁸ Ce résumé des fonctions de l'automutilation s'inspire pour une large part de la recherche présentée dans Everett et Gallop, *The Link Between*, p. 60 – 62.

⁶⁹ Everett et Gallop, *The Link Between*, p. 62 et 248.

⁷⁰ Sartori, *Toward Empathy*, p. 51

suicider. Il existe une tension entre la signification d'un tel acte et le besoin ou la fonction qu'il remplit pour elle, d'une part, et le risque qu'il lui fait courir, d'autre part. Le manque de personnel et de ressources pose un autre problème pour l'intervenante en milieu communautaire qui peut, par ailleurs, avoir à composer avec une diversité de besoins; par exemple, en maison d'hébergement, un comportement suicidaire risque fort de bouleverser les autres résidentes.

Ces situations soulèvent un enjeu fondamental pour les organismes au service des survivantes psychiatisées en situation de crise. Tel que mentionné, les organismes communautaires qui œuvrent auprès des femmes ont, à plusieurs niveaux, des limites réelles qui les empêchent de répondre à tous les besoins des femmes. Une étude traitant de l'accessibilité des maisons d'hébergement aux femmes handicapées a révélé que certaines maisons d'hébergement refusent d'accueillir des femmes psychiatisées en se fondant sur leur diagnostic⁷¹. Ces femmes sont perçues comme imprévisibles, dérangeantes et dangereuses.

Les personnes psychiatisées entrent dans la catégorie des personnes handicapées. On leur doit le même genre de service. Tout comme on s'attend à ce que les organismes communautaires répondent à d'autres types de besoins spéciaux (femmes en fauteuil roulant, femmes malentendantes, etc.), on réclame d'eux l'accessibilité pour les femmes psychiatisées. Masuda et Ridington revendiquent l'accessibilité des services à toutes les femmes violentées :

Si nous frappons à la porte d'une maison d'hébergement pour fuir la violence, celle-ci est dans l'obligation de nous venir en aide au même titre qu'à n'importe quelle autre femme violentée. Si, à cause de nos handicaps, nos besoins vont au-delà de vos capacités, vous avez tout de même l'obligation de veiller à ce que nous recevions l'aide voulue. Vous ne pouvez pas tout simplement nous demander de quitter la maison d'hébergement pour soulager le personnel et les autres résidentes⁷².

L'enjeu réel semble être un manque de soutien financier adéquat de la part des bailleurs de fonds. Les services destinés aux femmes font face quotidiennement aux dilemmes liés aux limites et à l'accessibilité de leurs services.

L'exaltation intense

Ce genre de comportement chez certaines survivantes psychiatisées, appelé « manie » en langage psychiatrique, peut être extrême au point qu'on peut le qualifier de bizarre. Il est caractérisé par un excès d'énergie – p. ex. rire beaucoup, parler rapidement, travailler pendant plusieurs jours sans dormir. Cet état peut également être caractérisé par une attitude et des sentiments de supériorité ou d'invulnérabilité. Par exemple, la

⁷¹ Masuda, Shirley et Jillian Ridington (1990). *Meeting Our Needs: An Access Manual for Transition Houses*. DAWN Canada: Disabled Women's Network Canada.

⁷² Masuda et Ridington, *Meeting our Needs*, p. 134. Traduction libre.

personne pourrait planifier des projets ou vouloir se lancer dans des aventures fantastiques.

Ce genre d'état est souvent accompagné ou suivi d'une dépression profonde. La plupart des personnes qui connaissent une telle exaltation traversent des périodes au cours desquelles elles alternent entre ces deux pôles (d'où le terme « trouble bipolaire » en langage psychiatrique). Tout comme la dépression, cet état d'exaltation sert à la femme de moyen d'échapper à la douleur émotionnelle profonde. La force du « haut » vécu par la femme peut en fait refléter l'intensité de sa douleur. Cet état comporte souvent une forte tendance à éviter ou à nier sa responsabilité.

Le plus grand défi pour l'intervenante consiste à prendre contact avec la personne qui est dans un état d'exaltation intense. Il se pourrait aussi que le comportement de la femme perturbe les autres usagères du service. Une approche d'intervention utilisant la confrontation ou le contrôle serait inefficace. Ici encore, les principes d'intervention mentionnés plus haut s'appliquent. La meilleure approche demeure donc un travail constant visant à amener la femme à reprendre le contrôle de sa vie, à développer son estime de soi et à entrer en contact – toujours à son propre rythme – avec la douleur émotionnelle qui a probablement été réprimée depuis longtemps.

Pour l'intervenante, un dilemme se pose entre le désir de respecter les choix de la femme et la perception qu'a celle-ci de sa situation, d'une part, et le souci qu'elle se fait en songeant aux conséquences graves que pourraient avoir à long terme le comportement et les choix de la femme, d'autre part. Il est important de se rappeler que le droit à l'erreur fait partie intégrante du droit de choisir, dans la mesure où l'erreur ne met ni la femme ni quelqu'un d'autre en danger. Ce droit a déjà été appelé « la dignité du risque », droit qu'on refuse souvent aux groupes marginalisés⁷³. Apprendre à s'autodiscipliner – un élément important de la prise en charge de soi – n'est possible que si on a l'occasion d'assumer les conséquences naturelles de ses actes⁷⁴.

Il y a aussi un autre dilemme, à savoir comment concilier l'objectif féministe qui vise à créer une atmosphère d'acceptation et de respect de la diversité des femmes tout en assurant la sécurité émotionnelle et physique de toutes les usagères des services. Un comportement ou un ton de voix agressif peut déclencher des souvenirs chez des résidentes ou des usagères de services et ainsi créer un sentiment d'insécurité chez ces femmes. Même si elles ne courent pas de risque réel pour leur sécurité physique, leur sécurité émotionnelle est tout aussi importante. L'organisme et l'intervenante auront à faire la distinction entre les préjugés et les attitudes d'intolérance envers les personnes psychiatisées et les besoins humains réels afin d'arriver à offrir un lieu sécuritaire à toutes les femmes qui utilisent le service.

⁷³ Gadacz (1994) dans Everett et Gallop, *The Link Between*, p. 132.

⁷⁴ Everett et Gallop, *The Link Between*, p. 133.

Entendre des voix - avoir des visions - s'en tenir à des idées fixes

Les survivantes psychiatisées peuvent voir surgir devant elles des images puissantes, fortes et souvent terrifiantes que d'autres ne perçoivent pas. Ces images peuvent être auditives, visuelles ou sensorielles. Ces femmes peuvent aussi avoir des idées ou des croyances qui semblent irrationnelles et auxquelles elles tiennent (p. ex. la télévision ou la radio essaie de les contrôler; des organismes puissants et terrifiants tels que la mafia⁷⁵ ou la CIA les persécutent; elles sont suivies; on rit d'elles ou on forme des complots contre elles).

La psychiatrie établit un diagnostic de troubles psychotiques, surtout de schizophrénie ou de schizophrénie paranoïaque dans ce cas. Le traitement comporte habituellement des tranquillisants majeurs (voir Annexe IV - Catégories majeures de médicaments psychiatriques). Il y a de fortes chances que la personne soit hospitalisée. Il est important de respecter ces perceptions et de se rappeler que les voix, les images et les idées fixes de ces femmes sont véritables. Elles sont pour elles un moyen de communiquer des expériences douloureuses qui ont été réprimées. Elles peuvent être en réalité des souvenirs récurrents (*flashbacks*) ou elles peuvent camoufler des émotions très pénibles (p. ex. la honte, l'humiliation, le sentiment d'être sans valeur, la perte de contrôle).

Ces images sont une extériorisation de la dynamique traumatisante d'une expérience vécue dans l'enfance. Elles peuvent comporter par exemple des éléments de danger, de puissance et de perte de contrôle ou des éléments de dégradation (p. ex. du corps) liés au sentiment d'humiliation et à l'impression d'être sans valeur. Les images peuvent avoir un lien avec l'expérience de l'abus sexuel, par exemple s'il est question de violation d'espace ou d'intégrité personnelle ou s'il y a présence de sang ou de sperme. Elles sont un moyen de composer avec la douleur émotionnelle et les souvenirs.

Si on réagit négativement en refusant d'y croire, en étant terrifiée ou en se montrant intolérante à l'égard de la femme, celle-ci se sentira rejetée, ce qui ne fera que renforcer le besoin qu'elle a de recourir à ces images qui font fonction de moyen de défense. Il est alors essentiel de « commencer par accepter qu'il y a de la vérité au fond même des choses les plus étranges qu'elle vous raconte : des voix que vous ne pouvez entendre, des choses que vous ne pouvez voir ou des idées qui n'ont aucun sens pour vous ». ⁷⁶ Le but de l'intervention demeure l'établissement d'un lien avec la femme et la compréhension de son besoin urgent, de ses émotions et du noyau de vérité que sous-tendent les images qui lui apparaissent. L'intervenante reconnaîtra avec authenticité la validité d'autant d'aspects que possible de l'expérience de la femme.

Lorsqu'on les interprète comme des messages du corps ou des émotions, ces « symptômes » et « hallucinations » peuvent être intégrés au processus de guérison⁷⁷. Ces personnes sont souvent d'une grande fragilité émotionnelle; il est alors important de

⁷⁵ En Ontario, il est cependant vrai que des femmes pourraient être poursuivies par des gangs criminels comme les *Hells Angels*. On ne doit pas sous-estimer ce danger réel.

⁷⁶ Sartori, *Toward Empathy*, p. 56. Traduction libre.

⁷⁷ Everett et Gallop, *The Link Between*, p. 177.

travailler lentement et avec une grande prudence, à partir du point de départ de la survivante, en se concentrant sur sa réalité subjective et émotionnelle. Le but n'est pas de découvrir les faits objectifs. Et comme nous l'avons déjà mentionné, il est également important que l'intervenante évalue l'étendue et les limites de son intervention lorsqu'elle choisit d'interpréter ces images dans ce sens.

Ce genre de situation peut comporter pour l'intervenante des défis dans la mesure où les besoins exprimés par la femme au moyen de ces images et de ces croyances sont urgents, immédiats, irréalistes ou impossibles à combler. Il existe un dilemme entre l'importance de confirmer la validité de l'expérience subjective de la femme et la nécessité d'évaluer de façon réaliste les risques qu'elle court et ses besoins. Le manque de ressources humaines pour répondre à la demande de services peut empêcher l'intervenante de consacrer tout le temps qui serait nécessaire à une femme qui traverse une telle crise émotionnelle. À cela s'ajoutent les limites personnelles des intervenantes qui peuvent être dépassées par ce genre de situation, surtout si l'organisme n'est pas en mesure de leur fournir le soutien nécessaire.

Autres défis et enjeux

En dehors de ces cas – une dépression extrême, un fort désir de suicide ou de mutilation, une exaltation intense ou le fait d'entendre des voix, d'avoir des visions et de s'en tenir à des idées fixes –, on rencontre d'autres défis lorsqu'on travaille avec des femmes ayant des difficultés de santé mentale dans les services communautaires destinés aux femmes. Par exemple, il peut être important et utile de savoir qu'une femme a des problèmes de santé mentale si on veut pouvoir répondre à ses besoins spéciaux. Cette information peut être un indicateur du degré de traumatisme vécu par la femme et de son niveau de fragilité émotionnelle. Savoir qu'elle prend des médicaments ou qu'elle utilise d'autres services ou est suivie par d'autres intervenantes et intervenants peut être un élément important, susceptible d'avoir une incidence sur le plan d'intervention.

D'ailleurs, une approche multidisciplinaire offre aux services communautaires destinés aux femmes la possibilité de donner des services aux femmes psychiatisées sans dépasser leurs limites. En collaborant avec d'autres services, on est plus en mesure de répondre aux divers besoins de la femme. La présence d'intervenantes féministes dans une équipe travaillant avec une femme psychiatisée peut permettre la revendication de ses droits auprès des services psychiatriques. Évidemment, le consentement et la participation de la femme sont indispensables. Sa présence à chaque rencontre à son sujet est essentielle.

Cependant, si la femme n'en parle pas, le dépistage de ses difficultés de santé mentale pose certains défis. La femme peut juger déplacé qu'on l'interroge à ce sujet. Elle peut avoir de la méfiance envers la psychiatrie et nous croire en lien avec ce milieu à cause de nos questions. Par conséquent, on risque de s'aliéner la femme dès le départ. Une telle information peut aussi nous influencer dans notre perception et dans notre évaluation de ses besoins. Les intervenantes, tout comme les autres membres de la société, peuvent avoir intégré des mythes et des stéréotypes au sujet des personnes psychiatisées.

Formuler nos questions en tenant compte des besoins des femmes et des limites de l'organisme sans faire référence aux étiquettes psychiatriques pourrait nous aider à atteindre notre but. C'est une façon de procéder sans jugement et sans blâme pour évaluer le niveau de compatibilité entre ces deux éléments clés. Il est sans doute moins important de connaître le diagnostic de « schizophrénie » ou de « trouble bipolaire » que de cerner les vrais enjeux ayant une incidence sur la capacité de l'organisme de venir en aide à la femme. Par exemple, il est important, lorsqu'on offre des services à une femme, de savoir si elle prend des médicaments car, sinon, on pourrait mal interpréter les effets secondaires ou l'impact des changements de dosage. Il est également important de savoir au départ si une femme consulte d'autres intervenants à propos de ses difficultés et si elle a, ou a déjà eu, des idées suicidaires. On peut facilement expliquer les raisons et la nécessité de chacune de ces questions. De cette façon, ce sont les besoins de la femme et la capacité de l'organisme d'y répondre, et non l'étiquette psychiatrique qu'on lui a donnée, qui constituent le point de départ de l'intervention. Ainsi, les personnes psychiatisées ne seront pas exclues des services communautaires destinés aux femmes.

Il est clair que les intervenantes font face à des situations présentant d'énormes défis lorsqu'on regroupe les divers éléments dont il a été question jusqu'à présent :

- a) les besoins réels, complexes et urgents d'une femme traumatisée par un passé d'agression à caractère sexuel et psychiatisée, tel qu'on l'a vu dans les exemples décrits ci-dessus;
- b) le contexte social et politique qui ne fournit pas aux femmes les ressources essentielles;
- c) le dilemme qui existe entre la protection des droits humains et du droit de choisir et les lois visant la protection d'une personne qui présente un danger pour elle-même ou pour autrui;
- d) les limites des services psychiatriques qui sont souvent inadéquats et peu adaptés aux besoins des survivantes;
- e) les limites des organismes et le besoin de les rendre aussi accessibles que possible.

Ces défis font ressortir des enjeux essentiels en matière d'intervention auprès des survivantes psychiatisées, en contexte féministe et communautaire. Ces enjeux sont complexes et chaque situation est unique en son genre. Il est rare qu'il y ait des réponses ou des solutions simples aux diverses situations qui se présentent. La réflexion et la discussion – en équipe, avec des pairs, seule ou sous supervision – sont nécessaires pour faire face aux défis et enjeux de l'intervention d'une façon qui soit à la fois intègre et réaliste.

L'annexe V donne des exemples de pratiques et de stratégies d'intervention auprès des survivantes psychiatisées, élaborés à partir des lignes directrices en matière d'intervention dont il a été question ci-dessus. On y trouve un exemple de processus de réflexion et de discussion qui peut être entrepris par les équipes de travail. Chaque organisme réagira différemment aux situations, selon sa situation particulière.

6. Conclusion

Malgré l'habitude qu'a la psychiatrie de nier et de taire les traumatismes – qu'ils aient été vécus dans l'enfance, par des femmes dans des situations de violence dans leur relation intime ou par des soldats en temps de guerre –, on tend aujourd'hui de plus en plus à percevoir le lien entre les traumatismes et les difficultés de santé mentale. Cette ouverture pourrait permettre éventuellement de mieux adapter les services en santé mentale aux besoins des survivantes d'agression à caractère sexuel. Cependant, le modèle médical prédomine toujours dans le système de santé, et bon nombre de personnes psychiatisées demeurent méfiantes face à la capacité de ce système de les comprendre et de les aider.

Pourtant, une approche fondée sur l'empathie qui vise à cerner et à mettre en valeur les forces des femmes, à entrer en contact et à établir un lien de confiance avec elles afin de les comprendre et de voir en elles le reflet de leur humanité, offre une lueur d'espoir sans toutefois offrir des solutions simples ou répondre à tous les besoins. Bien qu'il s'agisse sans doute de la voie à suivre, l'intervention auprès des survivantes d'agression à caractère sexuel psychiatisées comporte d'énormes défis ainsi que des enjeux complexes. Dans son travail quotidien dans les organismes communautaires destinés aux femmes, l'intervenante est appelée à concilier des besoins et des intérêts contradictoires et à faire face à des dilemmes difficiles à résoudre ou des remises en questions.

Le présent document fait ressortir l'importance de la formation continue au sujet du traumatisme, des intervenantes des divers organismes au service des femmes victimes et survivantes de violence et d'agression à caractère sexuel. Une formation spécialisée leur permettra de reconnaître les femmes traumatisées, d'évaluer leur type de réaction au traumatisme, de comprendre l'impact, la nature et les formes de leur traumatisme et d'acquérir diverses compétences en intervention auprès d'elles. À titre d'exemples, les intervenantes pourraient bénéficier de formation afin d'être mieux outillées pour reconnaître et composer avec des comportements autodestructeurs et la dissociation. Elles apprendraient à mieux comprendre la toxicomanie et les raisons qui amènent les survivantes à reproduire inconsciemment les dynamiques de l'abus original dans les relations quotidiennes.

Ce document souligne également l'importance d'acquérir des connaissances en psychiatrie – le langage, les traitements, les noms des médicaments, les diagnostics – si l'on veut, au besoin, utiliser une approche multidisciplinaire et revendiquer plus efficacement les droits des usagers à l'intérieur du système médical.

Les comportements des survivantes d'agression à caractère sexuel dans l'enfance et d'autres indicateurs de leur détresse émotionnelle témoignent de ce qu'elles ont vécu. Comme société et comme intervenantes, nous avons le devoir d'écouter ces femmes, de reconnaître leur souffrance et d'honorer leur courage.

Bibliographie

- Abuse Counselling and Education Alliance. *Trauma and Mental Health: A Historical Overview*. Un extrait de *Developing Healing Relationships with Women who have Experienced Abuse: A learning module for Community Mental Health Workers*. Sans date (document obtenu de l'Association canadienne pour la santé mentale).
- American Psychiatric Association (1994a). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC.
- Association canadienne pour la santé mentale - Division de l'Ontario (2001). *Habilités d'intervention auprès des survivantes de traumatismes : Guide d'atelier d'un jour destiné aux intervenantes de première ligne*. Document non publié.
- Association canadienne pour la santé mentale (1993). *Les maladies mentales*. Un document parmi un ensemble de brochures publiées par l'Association canadienne pour la santé mentale.
- Association canadienne pour la santé mentale (1993). *Les mythes sur la maladie mentale*. Un document parmi un ensemble de brochures publiées par l'Association canadienne pour la santé mentale.
- Association canadienne pour la santé mentale (1993). *La dépression et la maniaque-dépression*. Un document parmi un ensemble de brochures publiées par l'Association canadienne pour la santé mentale.
- Association canadienne pour la santé mentale (1995). *La schizophrénie*. Un document parmi un ensemble de brochures publiées par l'Association canadienne pour la santé mentale.
- Association canadienne pour la santé mentale (1993). *Trouble de stress post-traumatique*. Un document parmi un ensemble de brochures publiées par l'Association canadienne pour la santé mentale.
- Auslander, Mary W., Cathy Bustin-Baker, Vicki Cousins, David Hildton, Darby Benney (1998). *Trauma and Abuse Histories: Connections To Diagnoses Of Mental Illness, Implications For Policy And Service Delivery*. National Association of Consumer/Survivor Mental Health Administrators. www.madnation.cc
- Beck, James C. et Bessel van der Kolk (1987). *Reports of Childhood Incest and Current Behaviour of Chronically Hospitalized Psychotic Women*. *American Journal of Psychiatry* 144 :11.

- Blais, Louise (1995). *Étiologie sociale et santé mentale : ouvertures et fermetures des modèles explicatifs dominants*. Reflets, Vol. 1, N° 2.
- Bryer, Jeffrey B., Bernadette A. Nelson, Jean Baker Miller et Pamela A. Krol (1987). *Childhood Sexual and Physical Abuse as Factors in Adult Psychiatric Illness*. American Journal of Psychiatry, 144 :11.
- Burstow, Bonnie et Don Weitz, rédacteurs (1988). *Shrink Resistant: the struggle against psychiatry in Canada*. Vancouver: New Star Books.
- Caplan, Ph.D., Paula J. (1995). *They Say You're Crazy : How the World's Most Powerful Psychiatrists Decide Who's Normal*. Addison-Wesley: Don Mills, Ontario.
- Chambers, Jennifer (sans date). *Community Treatment Orders*. Feuillelet d'information non publié.
- Chesler, Phyllis (1972). *Women and Madness*. New York: Avon.
- Commission du consentement et de la capacité. *Description de la Commission*. www.ccboard.on.ca
- Elizabeth Fry Society of Toronto (sans date). *Facts About Sexual Abuse And Women In Conflict With the Law*. Dépliant d'information basé largement sur la soumission du Conseil des sociétés Elizabeth Fry de l'Ontario au Panel canadien sur la violence contre les femmes en 1992, par Darlene Lawson, ancienne directrice générale.
- Everett, Barbara et Ruth Gallop (2001). *The Link Between Childhood Trauma and Mental Illness: Effective Interventions for Mental Health Professionals*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.
- Ferland, Isabelle (sans date). *Femmes et santé mentale*. Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. www.rqasf.qc.ca
- Fielding, Ted (2000). *CTOs: Stopping the Revolving Door*. Schizophrenia Digest, Vol. 7, N° 3.
- Guay, Lorraine (1999). *La folie des femmes : maladie ou santé ? Sans Préjudice... pour la santé des femmes*. Printemps, N° 17. www.rqasf.qc.ca
- Guyon, Louise, Roxane Simard et Louise Nadeau (1981). *Va te faire soigner, t'es malade !* Québec : Stanké.
- Herman, Judith Lewis, J. Christopher Perry et Bessel A. van der Kolk (1989). *Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder*. American Journal of Psychiatry. 146 : 4.

- Herman, Judith Lewis (1992). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Institut psychiatrique Clarke (1995). *Lien établi entre la boulimie et l'abus sexuel pendant l'enfance, l'alcoolisme et d'autres troubles psychiatriques majeurs*. Communiqué produit en juin 1995.
- Institut psychiatrique Clarke (1996). *La santé mentale de la femme au Canada*. Service des communications, Toronto.
- Kutchins, Herb et Stuart A. Kirk (1997). *Making Us Crazy. DSM: The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders*. The Free Press: Toronto.
- Labrèche, Carole (1995). *Faut pas chercher à comprendre*. Reflets, Vol. 1, n^o. 2, p. 163.
- Lanctôt, Ghislaine (2002). *La Mafia médicale – comment s'en sortir en vie et retrouver santé et prospérité*. <http://www.personocratia.com/fr/boutique.php>
- Masuda, Shirley avec Jillian Ridington (1990). *Meeting Our Needs: An Access Manual for Transition Houses*. DisAbled Women's Network Canada.
- Ministère de la Santé de l'Ontario (1993). *Mettre la personne au premier plan : La réforme des services de santé mentale en Ontario*. Toronto.
- Ministère de la Santé de l'Ontario (1999). *Franchir les étapes : Plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale*. Toronto.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (sans date). *La santé mentale en Ontario*. www.health.gov.on.ca/french/publicif/programf/mentalhealthf/mentalhealth_mnf.html
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (sans date). *Loi Brian 2000 (Réforme législative de la santé mentale)*. www.health.gov.on.ca/french/publicif/programf/mentalhealthf/mentalhealth_mnf.html
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (sans date). *Rights and Responsibilities : Mental Health and the Law*. www.ccboard.on.ca
- Mosher, Loren R.; Goodwin, MD, Frederick K.; American Psychiatric Association; National Institute of Mental Health; National Association for the Mentally Ill (1999). *Are Psychiatrists Betraying Their Patients?* Psychology Today, Vol. 32, No 5.
- Mustard, J. Fraser et Margaret Norrie McCain (1999). *Inverser la véritable fuite des cerveaux : Étude sur la petite enfance, Rapport final*. Secrétariat à l'enfance de l'Ontario : Toronto.

National Mental Health Association (sans date). *Alcohol and Drug Abuse, Addiction and Co-Occurring Disorders*. www.nmha.org et www.mentalhealthamerica.net/go/substance-abuse

No Force Coalition (sans date). *About CTOs*. www.qsos.ca/qspc/nfc/cto.html

No Force Coalition (sans date). *The Miracle Drug Myth*. www.qsos.ca/qspc/nfc/cto.html

No Force Coalition (sans date). *The Violent Mental Patient Myth*. www.qsos.ca/qspc/nfc/cto.html

Réseau canadien de la santé (sans date). *Quelles sont les maladies mentales graves les plus courantes ?* Feuillet d'information élaboré pour le Réseau canadien de la santé par l'Association canadienne pour la santé mentale.

Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Santé Canada : Ottawa. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/index-fra.php>

Sartori, Gisela du *Second Opinion Society* (1995). *Toward Empathy : Access to Transition Houses for Psychiatrized Women*. Division de la prévention de la violence familiale, Santé Canada : White Horse, Yukon.

Saunders, Eleanor A. et Frances Arnold (1991). *Borderline Personality Disorder and Childhood Abuse : Revisions in Clinical Thinking and Treatment Approach*. The Stone Center, Wellesley College: Wellesley, MA.

Shimrat, Irit (1997). *Call Me Crazy: Stories from the Mad Movement*. Vancouver: Press Gang Publishers.

Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario (2000). *2 000 Bonnes raisons de marcher : La pauvreté résultant des politiques de l'État (Cahier N° 1)*. Un document d'information produit par la Table féministe francophone de concertation provinciale de l'Ontario.

Van der Kolk, Bessel A., *Posttraumatic Stress Disorder and the Nature of Trauma*. Manuscrit non publié et obtenu de l'Association canadienne pour la santé mentale.

Van der Kolk, Bessel A., Anne Hostetler, Nan Herron et Rita E. Fisler (1994). *Trauma and the Development of Borderline Personality Disorder*. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol. 17, N° 4.

Weitz, Don (sans date). *Call Me Antipsychiatry Activist – Not « Consumer »*. www.madnation.cc

Annexe I

Catégories de maladies mentales majeures

L'information présentée dans le tableau qui suit a été recueillie auprès de plusieurs sources (voir la liste à la fin de cette annexe) et résumée. Ce tableau ne comprend que les catégories et sous-catégories de « maladies mentales » les plus souvent associées aux survivantes d'agression à caractère sexuel psychiatriquées⁷⁸. Cette annexe vise à outiller les intervenantes auprès de survivantes d'agression à caractère sexuel psychiatriquées afin qu'elles puissent revendiquer les droits de celles qui font affaire avec le système psychiatrique.

| Catégories et sous-catégories | Caractéristiques marquantes ou essentielles | <i>Symptômes, indicateurs, troubles et comportements</i> |
|---|--|--|
| Schizophrénie et autres troubles psychotiques | Troubles qui comportent des symptômes de psychose en tant que caractéristiques marquantes. Le terme psychotique fait référence à la présence de certains symptômes. L'ensemble de symptômes auquel se réfère ce terme dans le manuel DSM-IV varie jusqu'à un certain point d'une catégorie de diagnostics à l'autre. En ce qui concerne la schizophrénie (et trois autres sous-catégories à l'intérieur de la catégorie des troubles psychotiques), le terme « psychotique » fait référence au délire (croyances fausses ou irrationnelles), aux hallucinations et à un discours et un comportement excessivement désorganisés ou catatoniques. | |
| Schizophrénie | <ul style="list-style-type: none"> • Symptômes présents la plupart du temps pendant une période d'au moins un mois; certains signes persistent pendant 6 mois. • Les signes et symptômes sont assez graves pour | <ul style="list-style-type: none"> • Délire, c'est-à-dire croyances fausses qui s'écartent de la réalité (p. ex. : la personne croit qu'on l'espionne, qu'on écoute ses pensées ou qu'on plante des idées dans sa tête) • Hallucinations, c'est-à-dire voir ou entendre des choses que d'autres ne voient ou n'entendent pas (p. ex. : entendre des voix qui reprochent les comportements, insultent ou donnent des ordres; voir ou ressentir des choses qui n'existent pas) • Discours désorganisé (perdre le fil souvent, incohérence) • Comportement excessivement désorganisé ou catatonique • Manque de motivation |

⁷⁸ Lorsqu'un titre est ombragé et qu'il est souligné, il s'agit d'une catégorie principale de maladie mentale. Les titres sans ombrage, qui ne sont pas soulignés et qui se trouvent directement en dessous d'une catégorie principale, sont des sous-catégories de cette catégorie principale.

| Catégories et sous-catégories | Caractéristiques marquantes ou essentielles | <i>Symptômes, indicateurs, troubles et comportements</i> |
|--|--|---|
| | <p>causer un dysfonctionnement social, scolaire ou professionnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Une fois établie, la schizophrénie a tendance à se caractériser par des cycles de rémission et de rechute. | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Passivité ♦ Dépression ou anxiété ♦ Retrait social ♦ Troubles de la pensée (p. ex. pensée confuse ou désorganisée) ♦ Difficulté à accomplir des tâches qui nécessitent une mémoire abstraite et une attention soutenue |
| <u>Troubles de l'humeur ou affectifs</u> | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Des troubles ayant comme caractéristique marquante un dérangement dans l'humeur de la personne affectée. Les personnes atteintes de troubles de l'humeur souffrent d'une profonde détresse ou de handicaps dans leurs activités sociales, professionnelles, éducatives ou d'autres aspects importants du fonctionnement. Les épisodes dépressifs et maniaques peuvent modifier le raisonnement et le comportement de la personne ainsi que le fonctionnement de son corps. | |
| Trouble dépressif majeur | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs (au moins 2 semaines d'humeur déprimée ou de perte d'intérêt pour les activités habituelles, accompagnée d'au moins quatre autres symptômes de dépression). ♦ Ces symptômes causent une détresse significative ou une | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Humeur déprimée; sentiments écrasants de tristesse, de chagrin ou de vide ♦ Sentiment d'être sans valeur, d'inutilité, d'impuissance ou de désespoir ♦ Sentiments d'anxiété ou de culpabilité ♦ Perte d'intérêt ou de plaisir (p. ex. pour les activités ou les passe-temps habituels) ♦ Diminution des pulsions sexuelles ♦ Évitement des autres ♦ Modification des habitudes alimentaires ♦ Sommeil plus ou moins profond que d'habitude ♦ Perte d'énergie; sentiment d'extrême fatigue (sans effort physique important) ♦ Agitation ou ralentissement du fonctionnement psychomoteur ♦ Pensées morbides ou suicidaires |

| Catégories et sous-catégories | Caractéristiques marquantes ou essentielles | <i>Symptômes, indicateurs, troubles et comportements</i> |
|---|---|---|
| | détérioration dans le fonctionnement social, professionnel, occupationnel ou dans un autre domaine. | <ul style="list-style-type: none"> ♦ Faible concentration, difficulté à se concentrer ou à prendre des décisions |
| Trouble bipolaire (souvent appelé « maniaco-dépression ») | <p>La personne souffrant de maniaco-dépression :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ connaît des changements d'humeur cycliques ♦ vit des périodes de dépression, d'humeur normale et de manie <p>Ces symptômes causent une détresse significative ou une détérioration dans le fonctionnement social, professionnel ou occupationnel, ou dans un autre domaine.</p> <p>La fréquence et la durée des périodes de manie et de dépression peuvent aller de quelques semaines à plusieurs mois.</p> | <p>Un épisode de dépression comprend les symptômes mentionnés ci-dessus.</p> <p>Un épisode de manie comprend les symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Humeur excessivement euphorique ou exaltée ♦ Optimisme déraisonnable ou mauvais jugement ♦ Hyperactivité ou pensées qui défilent ♦ Volubilité, rapidité d'élocution menant parfois à l'incohérence ♦ Sommeil réduit ♦ Durée d'attention très brève; capacité de concentration extrêmement faible ♦ Changements rapides d'humeur en rage ou en tristesse ♦ Irritabilité ♦ Imprévisibilité <p>Une personne qui souffre de manie peut faire des choses incompatibles avec sa personnalité et qui peuvent créer des difficultés pour ses proches. Chez certains, cela peut se traduire par une propension à tout dépenser et à s'endetter ou à être irrespectueux des lois. La personne peut aussi manquer de jugement au niveau sexuel.</p> <p>Au cours d'un épisode mixte, l'individu a des humeurs qui alternent rapidement (tristesse, irritabilité, euphorie) accompagnées par des symptômes d'un épisode maniaque et d'un épisode de dépression majeure. Un épisode mixte dure au moins une semaine et cause une détresse assez significative pour mener à une détérioration dans le fonctionnement social ou professionnel ou pour nécessiter une hospitalisation. Pendant la durée de l'épisode, les critères relatifs à un épisode maniaque et à un épisode de dépression majeure sont présents presque tous les</p> |

| Catégories et sous-catégories | Caractéristiques marquantes ou essentielles | <i>Symptômes, indicateurs, troubles et comportements</i> |
|------------------------------------|---|--|
| | | jours. |
| Dysthymie | Une humeur déprimée de façon chronique, vécue pendant la grande partie de la journée pour la majorité des journées (plus de journées où cela arrive que de journées où cela n'arrive pas) pendant au moins 2 ans. Pendant cette période, les épisodes asymptomatiques ne durent pas plus de 2 mois. | La présence, pendant l'humeur déprimée, d'au moins deux symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Peu ou trop d'appétit • Insomnie ou hypersomnie • Peu d'énergie ou fatigue • Faible estime de soi • Mauvaise concentration ou difficulté à prendre des décisions • Sentiment de désespoir |
| <u>Troubles de l'anxiété</u> | <ul style="list-style-type: none"> • Une anxiété, une peur ou une inquiétude excessive amenant la personne à éviter des situations qui pourraient précipiter l'anxiété ou à concevoir des rituels compulsifs qui réduisent l'anxiété. • Des sentiments excessifs et irréalistes qui perturbent les relations, les activités scolaires, le rendement au travail ainsi que les activités sociales et récréatives. | |
| Trouble de stress post-traumatique | Le développement de certains symptômes types à la suite d'un événement traumatisant lors duquel étaient présents les deux éléments suivants : <ol style="list-style-type: none"> 1. La personne a vécu, ou y a assisté, un ou des événements impliquant la mort, | L'événement traumatisant est revécu fréquemment de la manière (ou des manières) suivante(s) : <ul style="list-style-type: none"> • Souvenirs répétitifs, dérangeants et perturbants de l'événement, y compris des images, des pensées ou des perceptions • Rêves perturbants et répétitifs de l'événement • Retours dans le passé (<i>flashbacks</i>), impression de revivre l'expérience, illusions, hallucinations et épisodes de souvenirs dissociatifs, y compris ceux qui se produisent lorsqu'on se réveille ou qu'on est intoxiqué • Détresse psychologique intense ou réaction physiologique lorsque la personne est exposée à des indices extérieurs ou internes qui symbolisent un aspect de l'événement traumatisant ou lui ressemblent Évitement continu de stimuli associés au traumatisme et insensibilité |

| Catégories et sous-catégories | Caractéristiques marquantes ou essentielles | <i>Symptômes, indicateurs, troubles et comportements</i> |
|-------------------------------|---|--|
| | <p>une blessure grave ou une menace à l'intégrité physique de quelqu'un (ou de soi-même dans les deux derniers cas).</p> <p>2. La réaction de la personne a été la peur intense, l'impuissance ou l'horreur.</p> <p>Les symptômes durent plus d'un mois et causent une détresse significative ou une détérioration dans le fonctionnement social ou professionnel ou dans un autre domaine.</p> | <p>émotionnelle, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effort pour éviter des conversations, des pensées ou des sentiments associés au traumatisme • Effort pour éviter les activités, les lieux ou les personnes qui suscitent des souvenirs du traumatisme • Manque de capacité de se rappeler un aspect important du traumatisme • Intérêt ou participation envers les activités significatives diminué d'une façon prononcée • Détachement ou éloignement (p. ex. la personne se replie sur elle-même et fuit ses proches) • Gamme restreinte d'émotions • Impression d'avoir un avenir raccourci <p>Symptômes continuels d'éveil mental et changement d'habitudes, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difficulté à s'endormir ou à demeurer endormi • Irritabilité ou accès de colère • Difficulté à se concentrer • Hypervigilance • Sursauts exagérés • Se sentir figée |

| Catégories et sous-catégories | Caractéristiques marquantes ou essentielles | <i>Symptômes, indicateurs, troubles et comportements</i> |
|------------------------------------|--|--|
| <u>Troubles de la personnalité</u> | <p>Des modes durables d'expérience intérieure ou de comportement qui s'écartent de façon marquante des attentes de la culture de l'individu, qui sont profonds, inflexibles et stables dans le temps et qui conduisent à la détresse ou à une déficience. Les troubles de la personnalité débutent pendant l'adolescence ou au début de l'âge adulte.</p> <p>Définition courante de la personnalité : « ...un modèle complexe de caractéristiques psychologiques imbriquées qui sont pour la plupart inconscientes, qui ne se modifient pas facilement et qui s'expriment automatiquement dans presque tous les aspects du fonctionnement ».⁷⁹</p> <p>Symptômes des troubles de la personnalité :</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Une difficulté à s'entendre avec les autres. La personne peut être irritable, exigeante, hostile, craintive ou manipulatrice. • Les modes de comportement dévient de façon marquée des attentes de la société et demeurent constants avec le temps. • Le trouble affecte la pensée, les émotions, les relations interpersonnelles et le contrôle des impulsions. • Le mode de comportement est inflexible et se manifeste dans toutes sortes de situations. • Le mode de comportement est stable ou de longue durée et se déclare à l'enfance ou à l'adolescence. |
| Trouble de la personnalité limite | <p>Un mode durable d'instabilité dans ses relations interpersonnelles, son image de soi et ses émotions et une impulsivité prononcée qui se manifeste au début de l'âge adulte et qui est présente dans une variété de contextes.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Efforts frénétiques pour éviter l'abandon réel ou imaginaire • Mode durable de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisées par des alternances entre des extrêmes d'idéalisation et de dévaluation • Trouble au niveau de son identité : instabilité marquante et continue de l'image de soi ou de la perception de soi • Impulsivité dans des domaines potentiellement autodestructeurs • Comportements, gestes ou menaces suicidaires répétitifs; comportements d'automutilation répétitifs • Instabilité émotionnelle • Sensation de vide chronique • Colère intense et inappropriée ou difficulté à contrôler sa colère • Idées paranoïaques ou symptômes de dissociation sévères transitoires et reliés |

⁷⁹ Oxford Textbook of Psychopathology, dans Santé Canada, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, *Rapport sur les maladies mentales au Canada, 2002*. p.70.

| Catégories et sous-catégories | Caractéristiques marquantes ou essentielles | <i>Symptômes, indicateurs, troubles et comportements</i> |
|---|---|--|
| | | au stress |
| <u>Troubles alimentaires</u> | <p>Une perturbation grave du comportement alimentaire, p. ex. le fait de manger trop ou trop peu.</p> <p>Une perturbation dans la perception de la forme et du poids de son corps, p. ex. une grande préoccupation à l'égard de la taille et de la forme de son corps.</p> <p>Les troubles alimentaires ne sont pas une fonction de la volonté mais plutôt des modes d'alimentation malsains qui s'autonomisent.</p> <p>L'ingestion volontaire de portions plus petites ou plus grandes que d'habitude est courante mais, pour certaines personnes, cela devient une compulsion et les comportements alimentaires deviennent excessifs.</p> | |
| <u>Troubles somatoformes</u> | La présence de symptômes physiques qui laissent croire qu'il s'agit d'un problème de santé d'ordre général et qui ne s'expliquent pas entièrement par ce problème. | |
| <p>Trouble de somatisation (N.B. : dans le passé, ce trouble s'appelait « hystérie » ou « syndrome Briquet »)</p> | <p>Grand nombre de problèmes physiques dans le passé, débutant avant l'âge de 30 ans, vécus pendant plusieurs années.</p> <p>En raison de ces difficultés, la personne cherche à obtenir un traitement ou vit une détérioration significative de son fonctionnement social ou professionnel ou d'un autre domaine important.</p> | <p>Chacun des critères suivants est présent :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quatre symptômes de douleurs : douleur reliée à au moins quatre fonctions ou endroits différents du corps (p. ex. tête, abdomen, dos, jointures, extrémités, poitrine, rectum, pendant les menstruations, pendant les rapports sexuels ou pendant l'évacuation de l'urine) • Deux symptômes gastro-intestinaux : au moins deux symptômes gastro-intestinaux autres que la douleur (p. ex. nausées, gonflements, vomissements autres que pendant la grossesse, diarrhée, intolérance à plusieurs types de nourriture différents) • Un symptôme sexuel : au moins un symptôme sexuel ou relié au système de reproduction autre que la douleur (p. ex. indifférence sexuelle, dysfonctionnement de l'érection ou de l'éjaculation, menstruations irrégulières, saignement menstruel excessif, vomissement tout au long de la grossesse) • Un symptôme pseudo-neurologique : au moins un symptôme ou déficit qui laisse croire qu'il s'agit d'un problème neurologique et qui ne se limite pas à la douleur <p>Ces symptômes ne peuvent adéquatement ou pleinement s'expliquer par un problème d'ordre médical connu, ou par les effets directs d'une substance (p. ex.</p> |

| Catégories et sous-catégories | Caractéristiques marquantes ou essentielles | <i>Symptômes, indicateurs, troubles et comportements</i> |
|---|--|---|
| | | abus de drogue, médicaments) Lorsqu'il existe un problème de santé d'ordre général, les problèmes physiques ou la détérioration sociale ou occupationnelle qui en résultent excèdent ce à quoi on s'attendrait Les symptômes ne se produisent pas intentionnellement |
| <u>Troubles de dissociation</u> | Une perturbation dans les fonctions - habituellement intégrées - de la connaissance, la mémoire, l'identité ou la perception. Le dérangement peut être subit ou graduel, de nature transitoire ou chronique. | |
| Trouble dissociatif de l'identité (N.B. : anciennement connu sous le nom de « trouble des personnalités multiples ») | La présence d'au moins deux identités ou états de personnalité distincts (chacun ayant son propre mode durable par lequel il perçoit son environnement et sa personnalité et entre en relation avec eux) | <ul style="list-style-type: none"> • Au moins deux de ces identités ou états de personnalité prennent le contrôle de façon périodique du comportement de la personne • Il y a une incapacité de se souvenir de renseignements personnels importants à un point tel qu'on ne peut l'expliquer par l'oubli ordinaire • La perturbation ne s'explique pas par les effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. abus de drogue ou d'alcool ou effets secondaires d'un médicament) ni par un problème de santé d'ordre général |
| <u>Troubles reliés aux substances</u> | Troubles reliés à l'abus d'une drogue (incluant l'alcool), aux effets secondaires d'un médicament et au fait d'être exposé à une toxine. | |

Ressources consultées

American Psychiatric Association. (1994a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington, DC.

Association canadienne pour la santé mentale (1993). *Comprendre les troubles d'anxiété*. Un document parmi un ensemble de brochures publiées par l'Association canadienne pour la santé mentale.

Association canadienne pour la santé mentale (1993). *La dépression et la manico-dépression*. Un document parmi un ensemble de brochures publiées par l'Association canadienne pour la santé mentale.

Association canadienne pour la santé mentale (1993). *Les maladies mentales*. Un document parmi un ensemble de brochures publiées par l'Association canadienne pour la santé mentale.

Association canadienne pour la santé mentale (1993). *Les mythes sur la maladie mentale*. Un document parmi un ensemble de brochures publiées par l'Association canadienne pour la santé mentale.

Association canadienne pour la santé mentale (1995). *La schizophrénie*. Un document parmi un ensemble de brochures publiées par l'Association canadienne pour la santé mentale.

Association canadienne pour la santé mentale (1993). *Trouble de stress post-traumatique*. Un document parmi un ensemble de brochures publiées par l'Association canadienne pour la santé mentale.

Association canadienne pour la santé mentale – bureau national (1999). *Foire aux questions*. Une série de feuillets d'information élaborés pour le Réseau canadien de la santé.

Annexe II

Ressources

Livres et articles divers

En français

Collectif de défense des droits de la Montérégie (2004). *Femmes, psychiatrie et victimisation secondaire : vers un changement de culture*. Actes du colloque qui a eu lieu en mai 2003.

Disponible sur : www.cddm.qc.ca

Everett, Barbara, Barb Adams, Jean Johnson, George Kurzawa, Marion Quigley et Marion Wright (2003). *Un nouveau regard sur le rétablissement : Répercussions sur la santé mentale au Canada*. L'Association canadienne pour la santé mentale. http://www.acsm.ca/images/nouveau_regard_sur_le_r%E9tablissement.pdf ou www.cmha.ca

Guberman, N., Broué, J., Lindsay, J., Spector, L. et al. (1993). *Le défi de l'égalité : la santé mentale des hommes et des femmes*. Comité de la santé mentale du Québec. Gaétan Morin Éditeur, Montréal.

Guyon, Louise, Roxane Simard et Louise Nadeau (1981). *Va te faire soigner, t'es malade !* Québec : Stanké.

Whitney, Diane (2002). *Le syndrome de stress post-traumatique*. London : Unité régionale de santé mentale et London Health Science Centre. www.wsiat.on.ca
http://www.wsiat.on.ca/tracITDocuments/MLODocuments/Discussions/fpost_traumatique.pdf

En anglais

Breggin, Peter M.D. (1991). *Toxic Psychiatry: Why Therapy, Empathy and Love Must Replace the Drugs, Electroshock and Biochemical Theories of the « New Psychiatry »*. New York: Martin's Press.

Caplan, Ph.D., Paula J. (1995). *They Say You're Crazy: How the World's Most Powerful Psychiatrists Decide Who's Normal*. Addison-Wesley: Don Mills, Ontario.

Chesler, Phyllis (1973). *Women and Madness*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Herman, Judith Lewis (1992). *Trauma and Recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*. New York : Basic Books.

Ross M.D., Colin A. et Pam, Alvin (1995). *Pseudoscience in Biological Psychiatry: Blaming the Body*. John Wiley and Sons: New York.

Szasz, Thomas, M.D. (1970). *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York: Harper & Row.

Interventions

En français

Centre de toxicomanie et de santé mentale (2000). Le Centre a produit deux dépliants qui peuvent être utiles pour la formation des bénévoles ou pour distribution aux femmes qui utilisent des services. On peut les commander au « Service de marketing et des ventes » au 1-800-661-1111 ou (416) 595-6059. (N.B. : il faut bien spécifier qu'on les veut en français). Les brochures s'intitulent :

- *Les traumatismes : Questions courantes sur les effets des agressions physiques, sexuelles, affectives*
- *Femmes : Qu'est-ce que ces panneaux ont en commun ?*

Comité « Femmes et santé mentale » (1998). *Les balises d'une intervention respectueuse des femmes dans les ressources alternatives en santé mentale*. Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec.
http://www.rasmq.com/publications/BALISES_intervention_Femmes.pdf

Richardson, Jan I. (2001). *Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*. Centre for Research on Violence Against Women and Children à London, Ontario, pour l'Unité de la prévention de la violence familiale, Santé Canada.
<http://publications.gc.ca/site/fra/95031/publication.html> ou
http://dsp-psd.tpsgc.gc.ca/collection_2008/phac-aspc/H72-21-178-2000F.pdf

En anglais

Burstow, Bonnie (2003). *Toward a Radical Understanding of Trauma and Trauma Work*. Violence Against Women. Sage Publications. Vol. 9, N° 11, p. 1293 à 1317.

Everett, Barbara et Ruth Gallop (2001). *The Link Between Childhood Trauma and Mental Illness: Effective Interventions for Mental Health Professionals*. Thousand Oaks: Sage Publications Inc.

Saakvitne, K.W. , Gamble, S., Pearlman, L.A., Tabor Lev. B. (2000). *Risking Connection : A Training Curriculum for Working with Survivors of Childhood Abuse*. Lutherville, M.D., The Sidran Press.

Sartori, Gisela du *Second Opinion Society* (1995). *Toward Empathy : Access to Transition Houses for Psychiatrized Women*. Division de la prévention de la violence familiale, Santé Canada : Whitehorse, Yukon.

Médicaments (information, critiques et solutions de rechange)

Cohen, David; Cailloux-Cohen, Suzanne (1995). *Guide critique des médicaments de l'âme*. Montréal : Éditions de l'homme.

Lanctôt, Ghislaine (2002). *La Mafia médicale – comment s'en sortir en vie et retrouver santé et prospérité*. <http://www.personocratia.com/fr/boutique.php>

Section du site Web « Ta santé » au sujet des médecines douces :
www.tasante.com/article/lire/116/Medecines-douces-Medecines-paralleles.html

Documents de référence

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (sans date). *Rights and Responsibilities: Mental Health and the Law*.
www.ccboard.on.ca

Ristock, Janice L. (1995). *L'impact de la violence sur la santé mentale : un guide sur les documents en la matière*. Manitoba Research Centre on Family Violence and Violence Against Women de l'Université de Manitoba et la Division de la santé mentale, Direction générale de la promotion et des programmes de santé, Santé Canada.
<http://publications.gc.ca/site/fra/56995/publication.html>

Périodiques

Sans préjudice... pour la santé des femmes. Disponible sur le site Web du Réseau québécois d'action pour la santé des femmes.
www.rqasf.qc.ca
<http://rqasf.qc.ca/publications/sp>

Témoignages

En français

Ouimet, Renée (1993). *Une histoire de santé mentale*. Sans préjudice... pour la santé des femmes. Vol. 1, N° 2.
www.rqasf.qc.ca

En anglais

Burstow, Bonnie et Don Weitz, rédacteurs (1988). *Shrink Resistant: the struggle against psychiatry in Canada*. Vancouver: New Star Books.

Shimrat, Irit (1997). *Call Me Crazy: Stories from the Mad Movement*. Vancouver: Press Gang Publishers.

Sites Web pertinents

En français ou bilingues

Association canadienne pour la santé mentale.

www.cmha.ca

Association canadienne pour la santé mentale – Division Ontario.

www.ontario.cmha.ca

Commission du consentement et de la capacité.

www.ccboard.on.ca

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (pour des renseignements et mises à jour au sujet de la réforme des services de santé mentale en Ontario

www.health.gov.on.ca/fr/ (Dans « Programmes et services », cliquez sur « Santé mentale ») ou

www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/mentalhealthf/mentalhealth_mnf.html

Réseau canadien de la santé.

www.reseau-canadien-sante.ca (section « Santé mentale »)

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes.

www.rqasf.qc.ca

Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec.

www.rrasmq.com

En anglais

Queen Street Outreach Society.

www.qsos.ca

MadNation.

www.madnation.cc

The No Force Coalition.

www.qsos.ca/qspc/nfc/cto.html

Domestic Violence Mental Health Policy Initiative (N.B. : site Web d'un organisme américain qui fait un travail avant-gardiste dans le domaine de la santé mentale et la violence conjugale).

www.dvmhpi.org

Pendulum.

www.pendulum.org

Annexe III

Quelques suggestions pour désamorcer une crise⁸⁰

- ♦ Restez calme; détendez-vous d'abord. Décidez du climat que vous désirez créer et du ton à employer (p. ex. poli, respectueux, calme).
- ♦ Communiquez, posez des questions, écoutez, évitez d'interrompre, parlez à tour de rôle. Ne cherchez pas à savoir ce qui est « vrai », tenez-vous-en aux aspects sur lesquels vous pouvez travailler (p. ex. « On vous surveille? Comment composez-vous avec cela? Qu'est-ce qui vous aide? »).
- ♦ Réduisez les autres sources de distractions (p. ex. éteignez la télévision, la radio, les lumières et éliminez les sources de bruit).
- ♦ Nommez le comportement que vous observez (p. ex. « Vous avez l'air d'avoir peur, d'être fâchée »). Vérifiez si c'est le cas. Ou demandez à la personne ce qui la dérange (p. ex. « Qu'est-ce qui vous fait peur? »).
- ♦ Ne présumez pas que la cause du problème tient au fait que la femme ne prend pas ses médicaments. Les médicaments peuvent causer le problème.
- ♦ Faites-vous l'alliée de la personne en crise, en disant des choses comme : « Je suis ici pour aider, comment puis-je vous aider? ».
- ♦ Évitez les commentaires autoritaires ou les jugements tels que « Vous vous comportez comme un enfant ».
- ♦ Répétez certains commentaires ou des questions au besoin, en faisant de préférence des phrases courtes et claires.
- ♦ Respectez l'espace de la personne. Évitez de vous tenir debout devant elle lorsqu'elle est assise ou si elle est plus petite que vous, de vous tenir trop près d'elle, de bloquer la porte. Ces comportements peuvent augmenter la peur et la tension (la plupart des personnes psychiatisées sont survivantes d'abus).
- ♦ Ne criez pas. Si la personne semble ne pas écouter, c'est peut-être parce que d'autres voix sont plus fortes.
- ♦ Ne critiquez pas ou ne ridiculisez pas la personne.
- ♦ Évitez de discuter avec d'autres de ce que la personne devrait faire (p. ex. avec la police, l'ambulancier, la famille, les voisins, etc.).
- ♦ Offrez des choix à la personne. Même le choix entre deux petites choses peut l'aider à garder sa dignité et à combattre sa peur.
- ♦ Expliquez clairement ce que vous faites et pourquoi vous le faites et, si nécessaire, ce que vous voulez que la personne fasse et pourquoi.
- ♦ S'il y a un danger réel, essayez de contenir la personne pendant que vous vous retirez dans un endroit plus sécuritaire. Appeler à l'aide au besoin.

⁸⁰ Document préparé par Lucy Costa et Jennifer Chambers. Traduction libre.

Annexe IV

Tableau synthèse des principaux médicaments utilisés en santé mentale⁸¹

| Catégorie | Usage général | Nom commercial | |
|---|---|--|---|
| 1. Antipsychotiques (neuroleptiques, tranquillisants majeurs) | Ces médicaments sont surtout utilisés pour contrôler les pensées psychotiques. Ils aident à prévenir les idées délirantes et l'agitation. Ils doivent souvent être utilisés avec des antiparkinsoniens. | Clozaril Fluansol Haldol Largactil Loxapax Mellaril Modecate | Moditen Navane Nozinan Orap Stélazine Trilafon |
| 2. Antiparkinsoniens | Ces médicaments sont surtout utilisés pour neutraliser les raideurs, les tremblements, l'agitation, les spasmes musculaires et la lenteur due à l'usage des antipsychotiques. | Artane (Apo-Trihex...) Cogentin (Benzsylate...) Kémadrin (Procyclid...) | |
| 3. Antidépresseurs | | | |
| a) Groupe des cycliques | Ces médicaments sont utilisés pour contrôler la dépression grave et les comportements agités ou hostiles qui peuvent l'accompagner. | Anafranil Asendin Aventyl Désyrel* Élavil Ludiomil* | Norpramin Novopramine Pertofrane Sinequan Surmontil Tofranil |
| b) Groupe des inhibiteurs de recaptage de la sérotonine (IRS et dérivés) | Ces médicaments ont été développés ces dernières années. Ils ont ouvert une nouvelle voie dans le traitement de la dépression. | Effexor Luvox Paxil | Prozac Serzone Zoloft |
| c) Groupe des inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO et IRMA) | Les IMAO sont les plus anciens et les plus difficiles à utiliser car ils nécessitent une surveillance étroite de l'alimentation. Ils sont utilisés en dernier recours. Le Manerix est apparu en 1992. Il est peu toxique et constitue une bonne solution de rechange. | IMAO : Nardil Parnate IRMA : Manerix | |

⁸¹ Tiré de APAME (1996). *Vivre avec une personne qui souffre d'un trouble de santé mentale*, p. 58-60 Granby, APAME.

* Le Désyrel et le Ludiomil sont classés dans cette catégorie même si leur composition n'est pas du même type.

| Catégorie | Usage général | Nom commercial | |
|---|--|--|--|
| 4. Antimaniaques (stabilisants de l'humeur) | Ces médicaments sont utilisés pour traiter les personnes qui ont des changements d'humeur prononcés : elles sont tantôt euphoriques, tantôt dépressives. On parle alors de « manie » ou d'« hypomanie ». | Carbolith Depakene Duralith | Lithane Tegretol Tryptan |
| 5. Anxiolytiques (tranquillisants mineurs) | Ces médicaments sont utilisés le plus souvent pour soulager les symptômes de l'anxiété, et aider au sommeil et au relâchement musculaire. Ces médicaments doivent être utilisés pour une courte période (6 mois maximum) car ils peuvent créer une dépendance. | Ativan Dalmane Halcion Lectopam Librium Mogadon | Restoril Rivotril Serax Valium Xanax |

Annexe V

Lignes directrices, pratiques et stratégies d'intervention auprès des survivantes d'agression à caractère sexuel psychiatisées

La grille suivante représente un processus de réflexion⁸². Nous reprenons comme point de départ les lignes directrices d'une approche féministe d'intervention auprès des survivantes d'agression à caractère sexuel psychiatisées, dont il a été question dans ce document. Nous procédons par la suite à l'élaboration de stratégies et de pratiques d'intervention à l'intention des intervenantes et des organismes afin de leur servir d'exemples de démarches à entreprendre.

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|---|--|---|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| <p>Maintenir une attitude d'empathie envers la femme.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Consacrer du temps à la femme. • Chercher à prendre contact et à établir un lien avec elle : adopter une attitude d'ouverture, de non-jugement et d'authenticité. • Éviter l'utilisation d'un jargon technique ou médical en parlant à la personne des perceptions que l'on a de son état. Utiliser plutôt un langage simple ainsi que des concepts humains ordinaires. • Chercher à s'identifier à elle et à voir sa crise dans le contexte de sa vie. Éviter d'y voir de la « pathologie ». • Réfléchir à ce qui semble irrationnel chez elle en essayant de comprendre sa situation à la lumière de sa propre expérience de la vie. | <ul style="list-style-type: none"> • Adopter diverses mesures afin d'assurer une intervention caractérisée par l'empathie, par exemple : structurer l'horaire de travail afin de permettre aux intervenantes d'accorder le temps nécessaire à une telle intervention; trouver une personne-ressource capable d'offrir une supervision clinique selon cette approche; offrir des occasions de |

⁸² Les lignes directrices, stratégies et pratiques d'intervention proposées dans cette grille sont tirées des consultations effectuées au cours de la recherche ainsi que de trois ressources principales : *Toward Empathy: Access to Transition Houses for Psychiatricized Women* par Gisela Sartori du Second Opinion Society (1995), *The Link Between Childhood Trauma and Mental Illness* par Barbara Everett et Ruth Gallop (2001) et *Guide d'atelier d'un jour destiné aux intervenantes de première ligne : Habiletés d'intervention auprès des survivantes de traumatismes* par l'Association canadienne pour la santé mentale – Division de l'Ontario (janvier 2001).

⁸³ À remarquer que les pratiques et stratégies décrites dans cette colonne représentent un idéal et que force nous est de reconnaître que le contexte actuel des services communautaires offerts en français ne permet pas de mettre en place toutes les mesures proposées. Il s'agit toutefois d'un but à viser.

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|--|--|--|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Accepter sa propre vulnérabilité émotionnelle face à la situation qui peut toucher des cordes sensibles chez soi. | perfectionnement professionnel favorisant la réflexion chez les intervenantes. |
| Chercher à comprendre le contexte dans lequel évolue la femme. | <ul style="list-style-type: none"> • S'informer des conditions de vie de la femme. • Être consciente de l'importance de problèmes concrets (logement ou revenu inadéquat, manque de nourriture, inexistence d'un réseau de soutien) qui constituent des sources de stress pouvant exacerber ou même déclencher la détresse émotionnelle. • Tenir compte de la culture de la femme; prendre en considération sa définition de ce qui est habituel ou courant dans sa culture. Ceci est d'autant plus important lorsque l'intervenante et l'usagère des services diffèrent sur le plan de la culture, de la classe, du groupe ethnique, de l'orientation sexuelle ou autre. • Si la détresse de la femme est trop grande pour lui permettre de donner cette information, consulter la famille, les amies et amis ou des groupes pertinents au niveau ethnique ou culturel. • Créer, en collaboration avec elle, un réseau de soutien si elle ne bénéficie pas déjà d'un réseau naturel. S'informer des sources de soutien qui peuvent exister dans sa collectivité. • Autant que possible, offrir à la femme psychiatisée un milieu social qui lui corresponde (p. ex. espace physique, situation sociale, travailleuse) au niveau de ses origines ethnoculturelles, de son orientation sexuelle, de sa classe sociale ou autre. | <ul style="list-style-type: none"> • Entreprendre un processus de remise en question organisationnelle afin d'évaluer la capacité de l'organisme de répondre aux besoins de la diversité des femmes. • Consulter d'autres groupes ou organismes ayant de l'expérience auprès de groupes particuliers afin de faciliter cette remise en question. |
| Faciliter la prise en charge individuelle et collective | <p>Accès au soutien et aux services - briser l'isolement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'accès de la femme à des ressources (à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisme) en vue d'un changement : | <ul style="list-style-type: none"> • S'engager politiquement et socialement en vue de changer les conditions sociales d'inégalité des |

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|--|---|---|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| de la femme. | <p>a) Lorsque le niveau ou le type de détresse de la femme l'empêche d'utiliser les services de l'organisme, chercher à trouver des moyens d'adapter les services afin de permettre à la femme psychiatisée d'en bénéficier (p. ex. faire une entente avec elle : on lui offre des services si elle accepte en même temps de voir son psychiatre pour gérer ses médicaments).</p> <p>b) S'informer des diverses ressources et approches en matière de traitement qui existent dans la collectivité. Dresser une liste de personnes-ressources en santé mentale offrant une approche respectueuse qui prône la prise en charge de soi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Offrir du soutien à une femme qui désire revendiquer ses droits ou porter plainte suite à un mauvais traitement ou à un non-respect des droits humains par une professionnelle ou un professionnel en psychiatrie. • Faciliter l'accès de la femme aux témoignages d'autres survivantes concernant leur cheminement pour se remettre de l'impact de l'abus (p. ex. livres, articles, sites Web, journaux, bulletins, films, arts). <p>Information</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se renseigner sur le domaine et le système social et juridique de la psychiatrie pour être en mesure d'informer la femme et de revendiquer ses droits (p. ex. les diagnostics psychiatriques et leurs « symptômes », les types de médicaments, leurs effets secondaires, le système de santé mentale, les lois et les droits). • Offrir à la femme de l'information (livres, ressources, articles) lui permettant de faire un choix éclairé quant à son traitement et de s'outiller pour poser des questions à son médecin. • Informer la femme au sujet de la problématique de la violence | <p>femmes et des personnes psychiatisées et de veiller à ce que leurs droits humains soient respectés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concevoir des moyens respectueux de reconnaître les femmes aux prises avec des problèmes de santé mentale (p. ex. questionnaire) afin de mieux répondre à leurs besoins spéciaux. • Faire l'évaluation des besoins individuels des femmes (p. ex. le fait d'avoir un diagnostic psychiatrique n'est pas en soi un critère d'exclusion des services d'un organisme). • Travailler à rendre l'organisme plus accessible aux femmes psychiatisées (p. ex. en prévoyant des politiques et procédures souples). • Revendiquer dans la collectivité des services en santé mentale plus accessibles et mieux adaptés aux besoins des survivantes d'agression à caractère sexuel psychiatisées (p. ex. plus de services, de choix). • Trouver des ressources et de |

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|--|--|--|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| | <p>et de l'agression à caractère sexuel des enfants, de l'impact émotionnel et physiologique du traumatisme vécu pendant l'enfance et des étapes de guérison.</p> <p>Contrôle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer les usagères du service sur : <ul style="list-style-type: none"> a) les données liées à l'abus que possède le service; b) la façon d'utiliser cette information; c) les personnes qui y auront accès; d) les limites législatives de la confidentialité – les situations dans lesquelles la confidentialité des dossiers ne peut pas être protégée. • Faire participer la femme à tous les aspects du processus lorsqu'on consulte une tierce personne à son sujet : <ul style="list-style-type: none"> a) prendre avec elle la décision de chercher l'information; b) lui expliquer pourquoi on a besoin de l'information et à quoi elle servira; c) lui offrir de partager avec elle l'information reçue à son sujet; d) l'inviter aux réunions avec des professionnels, des membres de sa famille ou des amies et amis (à moins que des raisons ne l'en empêchent). • Renseigner la personne sur les émotions et leur fonctionnement – faire de la psychoéducation – tout au long du processus de guérison afin de lui permettre d'exercer un contrôle sur la démarche entreprise. • Informer la personne des responsabilités juridiques de l'organisme dès le départ (p. ex. les limites à la confidentialité). Si on doit lui imposer un traitement psychiatrique (p. ex. l'amener à l'hôpital), lui offrir des choix (p. ex. À quel hôpital? L'accompagner? Quelles personnes / professionnelles?). | <p>la formation et les rendre disponibles au personnel au sujet du système de santé mentale, des lois et des droits des personnes psychiatriquées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre contact avec des groupes de personnes survivantes ou consommatrices des services psychiatriques. Chercher des renseignements sur la démystification des troubles de santé mentale, le vécu des membres du groupe, les traitements psychiatriques. • Cerner clairement et de façon explicite les limites et les capacités de l'organisme. |

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|---|--|--------------------------|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Respecter le choix de la femme quant à l'utilisation du système de santé mentale (psychiatre, autres professionnels en santé mentale, médicaments psychiatriques). Par exemple, lorsqu'une femme se sent menacée par la présence de la police, de médecins ou de travailleuses ou travailleurs sociaux en santé mentale, respecter son choix. Dans ce cas, on suggère la compréhension et le soutien avec empathie. • Si une femme désire arrêter de prendre ses médicaments, respecter son choix; cependant, s'assurer qu'elle le fait graduellement, en accord avec son psychiatre. Les effets d'un sevrage abrupt peuvent être néfastes. • Appeler « violence » l'abus vécu par la femme en institution psychiatrique. | |
| Respecter la réalité, le vécu et les perceptions de la femme. | <ul style="list-style-type: none"> • Accepter la manière dont la femme définit ses besoins et ses difficultés. • La rassurer en lui disant qu'on l'écoute, qu'on la comprend (ou qu'on essaie de la comprendre) et qu'on accepte ce qu'elle est en train de vivre. • Confirmer la validation d'autant d'aspects que possible de son vécu et renforcer sa perception, tout en demeurant authentique; chercher à comprendre le noyau de vérité qui est à la base de ce qu'elle décrit. • Croire la femme si elle dévoile l'abus dont elle a été victime. Affirmer, par sa façon d'écouter et par ses réponses, que l'abus des enfants est une réalité dans notre société. En même temps, garder une attitude de neutralité et d'ouverture, sans confirmer ni nier aucun souvenir particulier. Ce sont ses perceptions et ses sentiments plutôt que les faits qui sont importants. • Éviter la confrontation si elle dit des choses qui sont clairement fausses. | |

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|--|--|--------------------------|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| | <p>En situation de crise</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Reconnaître l'énormité de la crise. Éviter de minimiser l'importance de la situation. Ce qu'elle est en train de vivre est réel et vrai pour elle à ce moment-là. ♦ Tenter d'entrer en contact et d'établir un lien avec la femme. ♦ Poser des questions, communiquer, écouter. ♦ Ne pas l'interrompre. ♦ Ne pas entrer dans des discussions sur ce qui est vrai, réagir aux aspects affectifs de la situation (p. ex. le fond d'émotion ou d'expérience humaine qui est à la base de sa crise). ♦ Faire un commentaire sur le comportement observé (p. ex. vous avez l'air d'avoir peur, d'être fâchée). Vérifier si c'est bien cela. ♦ Essayer de découvrir ce qu'elle attend de l'intervention. ♦ Aider la femme à trouver la logique de sa situation et à donner un sens à ce qu'elle vit. ♦ Écouter la femme avec ouverture et sans jugement. Se concentrer sur ce qu'elle dit et non sur ses propres pensées et idées. ♦ Chercher à trouver le noyau de vérité au cœur de la crise, à comprendre les images présentées (p. ex. les voix qu'elle entend, les visions qu'elle a, les pensées ou émotions qui peuvent sembler irrationnelles). ♦ Nommer et affirmer ce que l'on croit être des reflets de la réalité et de l'expérience de la femme et de sa situation concrète (p. ex. l'impact de l'abus sexuel). ♦ Accueillir comme des formes valides de communication les choses que la femme voit ou entend, que l'on ne voit ni n'entend soi-même (p. ex. des images métaphoriques ou | |

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|--|--|--|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| | symboliques). | |
| Adopter une attitude optimiste en ce qui concerne la capacité de la femme de faire un cheminement. | <ul style="list-style-type: none"> • Communiquer de diverses façons son espoir et son optimisme quant à la capacité de la femme de se remettre de l'impact de l'abus ou de sa crise immédiate. <p>En situation de crise</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'encourager à se brancher sur ses forces intérieures, sur ce qu'elle connaît. • L'amener à se rappeler ce qu'elle savait quand elle n'était pas en crise. • Rassurer la femme en lui disant qu'elle réussira à trouver une logique ou à donner un sens à son expérience. | |
| Accorder la priorité à la sécurité émotionnelle, relationnelle et physique de la femme. | <p>Sécurité relationnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire valoir l'importance du processus dans l'intervention; mettre autant l'accent sur le processus et la communication que sur les objectifs plus explicites ou directs de l'intervention. • Établir dès le début des limites claires et transparentes en ce qui concerne la relation d'aide et l'intervention, au niveau : <ul style="list-style-type: none"> a) des attentes (de l'intervenante et de la femme); b) du toucher; c) du suicide et d'autres situations d'urgence. • Établir une routine permettant une structure prévisible des rencontres. • Encourager la femme à exprimer sainement ses émotions (y compris sa colère) envers l'intervenante. • Respecter le choix de la femme quant à l'expression de ses émotions; elle est l'experte d'elle-même et de sa vie. | <ul style="list-style-type: none"> • Établir des politiques et protocoles clairs et transparents au sujet du service d'intervention directe (p. ex. une définition claire du service et de ses limites, du code d'éthique). |

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|--|---|--------------------------|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| | <p>Sécurité émotionnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dès le départ, afin de composer avec l'impact de l'abus, faciliter l'apprentissage de nouvelles compétences telles que des habiletés permettant à la femme de se centrer sur elle-même et de se reconforter. • Créer un « cadre » pour la femme : <ul style="list-style-type: none"> a) Encourager la femme à imposer des limites, à ralentir et à ne pas dévoiler trop rapidement ce qu'elle a vécu à moins d'être prête à le faire et de se sentir en sécurité; (p. ex. lors de la première rencontre, on peut organiser une visite du centre, lui montrer l'endroit, lui parler des services). b) Parler des détails plus factuels ou intellectuels peut être un moyen pour la femme de se distancier de ses émotions; la femme peut ainsi contrôler le rythme de l'intervention. On peut reconnaître l'utilité de cette stratégie pour la femme et la respecter. c) Alternier entre du matériel intellectuel et du matériel émotionnel, ou discuter des émotions d'une manière intellectuelle (« psychoéducation »). Il s'agit d'une technique importante qui permet à l'intervenante de ralentir le rythme si elle le juge nécessaire pour la sécurité émotionnelle de la femme. d) Ne pas encourager la femme à continuer à parler trop longtemps; accepter ce qu'elle choisit de dévoiler. e) Encourager la femme à respecter ses limites personnelles. f) Éviter que la femme dévoile des choses à la fin de la session (risque de dissociation, d'abandon). Si la femme fait un dévoilement durant la session, vous assurer de parler de choses plus légères avant son départ (p. ex. se centrer sur soi-même, se rassurer); veiller à ce qu'elle ait des moyens | |

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|--|---|--------------------------|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| | <p>de prendre soin d'elle-même.</p> <p>g) Chez certaines femmes, le respect de l'horaire est important sur le plan de leurs limites personnelles pour éviter qu'elles se sentent débordées.</p> <p>h) Clôturer la rencontre ou l'interaction lorsque le matériel dévoilé est suffisant pour permettre à la femme de se sentir comprise et pour éviter qu'elle se sente perdue ou qu'elle commence à revivre le traumatisme.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire savoir à la femme, directement et indirectement que l'on est en mesure de composer avec un dévoilement; demeurer calme et émotionnellement égale; chercher à répondre au dévoilement d'une façon à la fois neutre et empathique. • Lorsqu'elle vit de l'anxiété ou de la panique, vérifier ses besoins au moment présent. Lui proposer des moyens concrets pour l'aider à se reconforter et à se calmer, à se centrer sur elle-même et à demeurer présente à elle-même. Elle aura peut-être besoin qu'on soit plus directe à ce niveau. En même temps, elle pourrait avoir besoin de retrouver son espace personnel et d'être seule. <p>Sécurité physique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aider la femme à s'occuper de ses problèmes dans le monde extérieur : vérifier systématiquement ses besoins essentiels afin de s'assurer qu'ils sont comblés et adopter des stratégies pour y répondre, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> a) aider la femme à trouver un logement sécuritaire et abordable; b) lui offrir de l'information et des ressources en vue d'une vie sexuelle saine et d'améliorer sa santé générale; c) l'encourager à examiner et à réfléchir à la violence dans ses relations intimes. | |

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|--|---|--|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Établir d'avance avec la femme un contrat individualisé dans lequel on indique quoi faire en cas de crise. Dans ce contrat, la femme nomme les personnes de confiance et l'hôpital où elle souhaite aller et elle précise les mesures ou procédures qu'elle accepterait. Définir clairement ce qui constitue une crise (p. ex. suicide, automutilation comportant un danger physique, psychose, danger pour elle-même ou pour d'autres). • Lorsque la femme adopte un comportement qui met en danger sa sécurité physique (p. ex. elle est revictimisée dans ses relations intimes, elle abuse de l'alcool ou des drogues), le processus d'autoguérison est compromis. Le rôle de l'intervenante est alors d'offrir de l'information et des ressources, de faire de l'éducation, de nommer la violence et d'attirer l'attention de la femme sur les contradictions (p. ex. entre ce qu'elle veut, ses buts personnels et ce qu'elle vit dans ses relations). Ceci est d'autant plus possible lorsqu'il y a une relation de confiance bien établie avec la femme. | |
| Faire le lien entre l'impact de l'agression à caractère sexuel et le comportement, les attitudes et la situation actuelle de la femme. | <p>Lorsque la femme a révélé qu'elle est survivante d'agression à caractère sexuel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire le lien entre les difficultés en santé mentale et les traumatismes vécus dans l'enfance, si et quand cela est approprié et suivant le rythme du cheminement de la femme. • Encourager la femme à faire ce lien et la laisser établir le rythme auquel elle se confie. • Affirmer clairement que la femme n'est pas responsable de l'abus qu'elle a subi. • Reconnaître la valeur des stratégies de survie que la femme a développées pour se reconforter tout en signalant les risques, conséquences ou dangers qui y sont associés et en explorant des moyens d'autosoins. <p>Dépistage</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des politiques souples de dépistage de l'agression à caractère sexuel vécue dans l'enfance, en fonction des conditions de vie de la personne et qui permettent de faire place au jugement organisationnel et professionnel. • Élaborer des politiques organisationnelles précisant les procédures à suivre lorsqu'une femme dévoile l'agression à caractère sexuel dont elle a été |

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|--|---|---|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Faire le dépistage de l'agression à caractère sexuel vécue dans l'enfance, cas par cas; éviter les « toujours » et les « jamais ». • Utiliser son jugement professionnel avant de décider de poser des questions au sujet de l'agression à caractère sexuel : <ul style="list-style-type: none"> a) ne pas oublier ce que signifie le dévoilement pour la survivante ainsi que l'impact possible d'une telle révélation (déclenchement d'émotions intenses et de souvenirs ou d'un état de crise émotionnelle, revictimisation si la réaction n'est pas adaptée); b) prendre en considération l'état émotionnel actuel de la femme (p. ex. si elle est en crise émotionnelle, ce n'est peut-être pas le moment); c) prendre en considération la capacité de l'organisme de répondre adéquatement aux besoins de la femme (p. ex. lieu tranquille et intime, suivi ou aiguillage vers des ressources en mesure de faire un suivi) et de soutenir l'intervenante s'il y a dévoilement d'agression à caractère sexuel (p. ex. supervision adéquate, temps nécessaire). • Si on décide de s'informer auprès d'une femme concernant les agressions à caractère sexuel dans son passé : <ul style="list-style-type: none"> a) S'assurer de disposer de suffisamment de temps ainsi que d'un espace approprié et confidentiel pour permettre un processus adéquat et respectueux. b) Offrir à la femme le choix de répondre ou non, ou de révéler seulement ce qu'elle se sent à l'aise de dire. c) Lui expliquer pourquoi on lui demande l'information et ce qu'on compte en faire. d) Ne pas tirer de conclusion des souvenirs ou des réactions émotionnelles de la femme lors d'un dévoilement initial; réagir à ce que la femme choisit de révéler; la laisser garder | <p>victime.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer et cerner clairement les limites de l'organisme au niveau de sa capacité de composer avec les différentes étapes liées au dépistage et au dévoilement; élaborer des protocoles et des définitions des services conformément à ces limites. • Si cela est possible et approprié, compte tenu des services offerts par l'organisme : <ul style="list-style-type: none"> a) s'assurer que l'organisme offre un lieu adéquat (confidentiel, intime, tranquille) pour le dépistage ou le dévoilement. b) s'assurer que les intervenantes ont suffisamment de temps à consacrer à la femme lorsqu'elle dévoile ce qu'elle a vécu. |

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|--|--|--------------------------|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| | <p>une distance émotionnelle si elle en sent le besoin pour sa sécurité.</p> <p>e) Lui répondre en manifestant de la compassion, de la compréhension et du respect, en adoptant une attitude de non-jugement.</p> <p>f) S'assurer d'utiliser l'information en l'intégrant au plan d'intervention.</p> <p>g) Faire un suivi afin d'offrir un soutien dans le cas où le fait d'en parler aurait déclenché des émotions ou des souvenirs perturbants.</p> <p>h) Offrir à la femme autant de contrôle que possible sur le processus suivant le dévoilement (p. ex. aiguillage vers d'autres services).</p> <p>i) Offrir une liste de ressources d'urgence; au besoin, encadrer la femme afin de faciliter son accès à ces services.</p> | |
| Jouer le rôle de témoin lorsque la femme raconte son histoire. | <ul style="list-style-type: none"> • Écouter les détails de l'expérience dont la femme est prête à parler. • Rassurer la femme en lui disant qu'elle peut refuser de répondre à toute question qui lui est posée; lui expliquer toutefois que ces questions sont importantes et permettent de la connaître; proposer une entente : « Je peux vous demander ce que je veux et vous pouvez refuser de répondre, ça vous va? » • Se concentrer sur la signification de l'expérience vécue plutôt que sur des faits. Le rôle de l'intervenante n'est pas d'enquêter sur la situation. • Si une femme parle de son passé spontanément sans aucune sollicitation, lui demander pourquoi elle a choisi de le faire maintenant et ce qu'elle aimerait par la suite : <ul style="list-style-type: none"> a) seulement qu'on l'écoute? | |

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|---|---|---|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| | <p>b) entreprendre un cheminement?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lui offrir la possibilité de choisir le thème de discussion de chaque session afin qu'elle exerce un contrôle sur la démarche. • Nommer comme telle l'expérience d'agression à caractère sexuel, tout en respectant le rythme de la femme. • Respecter les peurs et le choix de la femme de continuer à nier ou à minimiser l'importance de l'agression à caractère sexuel ou sa volonté de s'en tenir à des contradictions qui protègent l'agresseur; on peut relever les contradictions doucement et avec tact; cependant, elle n'est peut-être pas prête à faire face à la douleur ni à la perte que représente l'abus. • Agir et répondre d'une manière calme et neutre de façon à manifester son empathie et à montrer sa capacité de prendre soin de soi-même. • Aider la femme à faire le lien entre les détails de son passé et ses sentiments et, la nature de sa détresse émotionnelle, selon sa capacité de nommer et de vivre des émotions. Écouter afin de comprendre – non seulement la vérité factuelle – mais la signification émotionnelle et psychologique de la perspective dans laquelle se situe la femme. • S'informer sur la nature des réactions émotionnelles humaines, des adultes et des enfants, dans des conditions normales et dans des conditions terrorisantes ou traumatisantes. | |
| Reconnaître qu'une crise est une occasion en même temps qu'un danger potentiel. | <p>Dans l'immédiat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aider la femme à se calmer et à se sentir en sécurité pour qu'elle puisse commencer à entreprendre le travail nécessaire pour surmonter la crise. • Amener la femme à s'ouvrir en l'assurant qu'elle est en | <ul style="list-style-type: none"> • Insérer dans les politiques de l'organisme la notion de souplesse qui permet de prendre en considération la signification d'une crise pour la femme, compte tenu de |

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|--|--|---|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| | <p>sécurité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer le risque pour la vie ou la sécurité physique de la femme. • Réduire la tension et chercher à rétablir le calme : <ul style="list-style-type: none"> a) Demeurer calme et éviter de paniquer. b) Établir soi-même le ton de l'interaction avec la femme. c) Calmer les autres usagères de service pour éviter une réaction en chaîne (p. ex. en maison d'hébergement). d) Réduire les sources de distraction (p. ex. TV, radio, lumière, bruit). e) Se concentrer sur la femme en détresse et sur ses besoins immédiats. f) S'assurer qu'elle a un environnement calme et paisible; lui donner le choix d'être seule ou avec d'autres. <p>En général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se concentrer sur l'« ici et maintenant » tout en reconnaissant les origines complexes de la crise. • Résister au désir de « sauver » la femme; rechercher sa collaboration pour trouver des moyens efficaces lui permettant de guérir et de surmonter la crise. • Se rappeler que la meilleure ressource de la femme est elle-même et sa propre force. • Être sensible à son passé tout en laissant l'abus de côté pour le moment. • Poser des questions par rapport au passé, en ce qui a trait à d'autres situations similaires. Aider la femme à se souvenir de ce qui a fonctionné et de ce qui n'a pas fonctionné au niveau des mesures à prendre et des personnes ou organismes qui l'ont soutenue ou pas. • Reconnaître les forces de la femme ainsi que les sources de stress et leur manifestation. Se rappeler qu'utiliser un service | <p>l'étape où elle en est dans sa guérison (p. ex. un comportement particulier au cours d'une crise peut être un effort pour se reconforter ou une réaction à un événement qui a déclenché des souvenirs).</p> <p>Cela peut exiger que l'on tolère certains comportements et que l'on offre un soutien accru pendant une période de temps.</p> <p>N.B. Ce genre de souplesse sera peut-être impossible dans certains contextes.</p> |

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|---|---|--|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| | <p>comme une maison d'hébergement est en soi une source de stress (le manque de sommeil, le fait d'être sans abri, le déménagement, le changement).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avec la permission de la femme, chercher à collaborer avec les personnes proches d'elle ou d'autres professionnelles ou professionnels qui interviennent auprès d'elle. | |
| Prendre soin de soi-même. | <ul style="list-style-type: none"> • Chercher à connaître ses forces et ses limites individuelles et à travailler à l'intérieur des limites des services de l'organisme. • Évaluer de façon réaliste sa capacité, soit d'offrir un service traitant directement du traumatisme, soit d'orienter la femme vers des ressources en mesure d'offrir ce service. Prendre en considération ses connaissances et ses habiletés, les risques pour soi-même (p. ex. traumatisme secondaire), le mandat de l'organisme, la capacité de l'organisme d'offrir du soutien à son personnel (p. ex. supervision adéquate, suffisamment de temps accordé) et l'existence d'autres ressources plus appropriées. • Cerner ses limites et les indiquer clairement à la femme (p. ex. si on a besoin de se reposer, si on a d'autre travail à faire, si on a besoin de s'éloigner de la situation pour une période de temps). • Lorsque la femme a de multiples besoins, répartir les tâches, déléguer du travail à d'autres collègues. • Lorsqu'on travaille avec une survivante psychiatisée, respecter les politiques de l'organisme et les mêmes normes de confidentialité que celles qui s'appliquent aux autres usagères des services. | <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que les intervenantes qui travaillent avec des femmes psychiatisées ont des moyens personnels et professionnels pour prendre soin de leurs besoins émotionnels et autres (p. ex. supervision individuelle ou de groupe, congés personnels adéquats, accès au perfectionnement professionnel sur le traumatisme et les problèmes de santé mentale). |
| Accepter que la femme soit différente de soi. | <ul style="list-style-type: none"> • Respecter le droit de la femme psychiatisée d'être elle-même; accepter qu'elle puisse parfois être hostile ou se comporter de façon « bizarre ». • Établir avec elle des limites claires et raisonnables au niveau | |

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|--|--|--------------------------|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| | <p>de son comportement. À l'intérieur de ces limites, montrer qu'on accepte son comportement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Protéger le droit des autres usagères ou résidentes de se sentir en sécurité en appliquant le principe du respect de la diversité et des différences. <p>En situation de crise :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Évaluer la situation de façon claire et réaliste. Ne pas présumer que la femme est en crise simplement parce que son comportement est déroutant. Dans l'évaluation, tenir compte des aspects suivants : <ul style="list-style-type: none"> ♦ Ses propres attitudes et croyances, ainsi que celles des autres travailleuses et usagères des services. ♦ Le réel niveau de danger que représente la situation. ♦ Ses limites personnelles et celles de l'environnement. ♦ La possibilité de modifier des procédures ou de recourir à d'autres membres du personnel en vue de composer avec la situation d'une façon souple. ♦ Le degré de perturbation pour les autres usagères par opposition au droit de la femme ayant des difficultés de santé mentale d'accéder aux services. ♦ Ne pas présumer que le problème réside dans le fait que la femme ne prend pas ses médicaments. Les médicaments peuvent causer le problème. ♦ Si la femme psychiatisée présente ses médicaments, s'informer de leur utilité et de leurs effets secondaires. Chez les personnes psychiatisées, le traitement psychiatrique et les médicaments peuvent produire des effets secondaires néfastes, tels des comportements qui semblent « fous » aux yeux des autres. | |
| Reconnaître les effets | <ul style="list-style-type: none"> ♦ S'informer à savoir si la femme utilise d'autres services et si | |

| Lignes directrices pour l'intervention | Pratiques et stratégies d'intervention | |
|--|---|--------------------------|
| | Intervenantes | Organismes ⁸³ |
| thérapeutiques des situations de tous les jours. | <p>elle a parlé à d'autres personnes de sa situation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garder l'esprit ouvert; ne pas éliminer la possibilité que la femme puisse bénéficier d'une combinaison d'approches d'intervention. • Informer la femme de la gamme de services et méthodes d'intervention qui existent dans la collectivité et qui pourraient l'aider à soulager sa détresse (N.B. ceux-ci peuvent être limités à cause du peu ou de l'inexistence de services en français dans la région). • S'informer du rôle de diverses personnes-ressources susceptibles d'offrir à la femme un soutien (p. ex. famille, amies et amis, collègues, professionnels et professionnelles). • Éviter de faire des présomptions au sujet de ces personnes-ressources. Chercher à connaître l'expérience de la femme avec celles-ci (voir lesquelles lui seraient utiles, lesquelles pourraient lui nuire, tout en demandant à la femme ce qu'elle en pense). | |