



Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de la santé :

Leçons tirées des personnes qui
ont été victimes de violence
sexuelle durant l'enfance.

Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de la santé – Leçons tirées des personnes qui ont été victimes de violence sexuelle durant l'enfance, recherche et rédaction par **Candice L. Schachter, Carol A. Stalker, Eli Teram, Gerri C. Lasiuk et Alanna Danilkewich.**

This publication is also available in English under the title: *Handbook on Sensitive Practice for Health Care Practitioners: Lessons from Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse.*

Les opinions exprimées dans ce document sont celles des auteurs et ne reflètent pas forcément le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada.

Il est interdit de reproduire ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée, à condition que la source soit citée.

Notice bibliographique conseillée :

Schachter, C.L., C.A. Stalker, E. Teram, G.C. Lasiuk, et A. Danilkewich. *Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de la santé – Leçons tirées des personnes qui ont été victimes de violence sexuelle durant l'enfance*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2008.

Cette publication est offerte, sur demande, sur support de substitution.

Pour de plus amples renseignements sur les questions de violence familiale, prière de communiquer avec :

Le Centre national d'information sur la violence dans la famille
Unité de la prévention de la violence familiale
Agence de la santé publique du Canada
200, promenade Églantine
Immeuble Jeanne-Mance, 1909D, pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Téléphone : 1-800-267-1291 ou (613) 957-2938
Télécopieur : (613) 941-8930
Téléimprimeur : 1-800-561-5643 ou (613) 952-6396
Site Web : www.phac-aspc.gc.ca/nc-cn
Adresse électronique : ncfv-cnivf@phac-aspc.gc.ca

© 2009 Candice L. Schachter, Carol A. Stalker, Eli Teram, Gerri C. Lasiuk, Alanna Danilkewich
Catalogue: HP20-11/2009F HP20-11/2009F-PDF
ISBN 978-0-662-08855-4 978-0-662-08856-1





Manuel de pratique sensible à l'intention des professionnels de la santé :

Leçons tirées des personnes qui
ont été victimes de violence
sexuelle durant l'enfance.

Recherche et rédaction par . . .

Candice L. Schachter, D.P.T., Ph.D.
Professeure auxiliaire, École de physiothérapie
University of Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan)

Carol A. Stalker, Ph.D., trav. soc. aut.
Professeure, Faculté de travail social
Wilfrid Laurier University, Waterloo (Ontario)

Eli Teram, Ph.D.
Professeur, Faculté de travail social
Wilfrid Laurier University, Waterloo (Ontario)

Gerri C. Lasiuk, inf. aut., Ph.D.
Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières
University of Alberta, Edmonton (Alberta)

Alanna Danilkewich, M.D., F.C.F.P.
Professeure agrégée, Faculté de médecine
University of Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan)

Table des matières

Remerciements.....	vii
Épigraphe.....	ix
1 Le manuel de pratique : un outil de pratique clinique.....	1
1.1 Destinataires et orientations	1
1.2 Un enjeu pour l'ensemble des praticiens et praticiennes de la santé.....	1
1.3 Structure.....	2
1.4 Usage recommandé du manuel de pratique	3
1.5 Terminologie	4
1.6 Limites.....	5
2 La violence sexuelle pendant l'enfance : quelques renseignements généraux	7
2.1 Définitions.....	7
2.2 Personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance	7
2.3 Auteurs ou auteures de violences sexuelles à l'endroit d'enfants.....	8
2.4 Dynamique de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants	9
2.5 Effets sur la santé de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants.....	9
3 L'expérience des personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance : élément d'une rencontre de santé	12
3.1 Socialisation des sexes : expériences vécues par les femmes.....	12
3.2 Socialisation des sexes : expériences vécues par les hommes.....	13
3.3 Croyances sociales à propos du cycle de la violence	15
3.4 Transfert et contre-transfert	15
3.5 Comportements et sentiments précis qui se manifestent lors de rencontres de santé	17
3.6 Questions relatives à la sexualité et à l'orientation sexuelle.....	20
4 Principes pour la pratique sensible.....	22
4.1 Une considération essentielle : promouvoir un sentiment de sécurité pour la personne.....	22
4.2 Les neuf principes pour la pratique sensible.....	23
4.3 Le recours aux principes pour éviter de réitérer les traumatismes.....	30
4.4 Questions pour stimuler la réflexion	31

5 Lignes directrices pour la pratique sensible : cadre dans lequel se déroulent les rencontres	32
5.1 Personnel administratif et assistants ou assistantes	32
5.2 Attente et salles d'attente	32
5.3 Protection de la vie privée.....	33
5.4 Autres questions liées au milieu physique	33
5.5 Préparatifs visant les patients et patientes	34
5.6 Présence d'accompagnateurs et d'accompagnatrices ou de personnes exerçant la fonction de « chaperon ».....	35
5.7 Collaboration avec des personnes ayant survécu à une agression sexuelle et provenant de divers groupes culturels.....	36
5.8 Prestation concertée de services.....	37
5.9 Entretien personnel des praticiens et praticiennes.....	38
5.10 Ressources communautaires à l'intention des personnes ayant survécu à une agression sexuelle et des praticiens et praticiennes de la santé	39
6 Lignes directrices pour la pratique sensible : rencontres avec les patients ou patientes..	41
6.1 Présentations et négociation des rôles	41
6.2 Vêtements	41
6.3 Demandes de renseignements spécifiques à la tâche.....	42
6.4 Suggestions générales visant les examens	45
6.5 La question du temps.....	47
6.6 Consentement éclairé.....	48
6.7 Le toucher	50
6.8 Examens et formalités visant le pelvis, le sein, les organes génitaux ou le rectum	51
6.9 Position du corps et proximité.....	53
6.10 Grossesse, travail, accouchement et post-partum.....	53
6.11 Santé bucco-dentaire et soins du visage	55
6.12 Soins dispensés dans le système correctionnel	58
6.13 Fin de l'examen physique.....	59
6.14 Questions pour stimuler la réflexion	59
7 Lignes directrices pour la pratique sensible : problèmes lors de rencontres.....	60
7.1 Douleur	60
7.2 Séparation du corps.....	61
7.3 Non-respect des traitements.....	62
7.4 Annulation de rendez-vous.....	63

7.5	S.A.V.E. the situation : une stratégie générale pour réagir aux changes difficiles avec les patients ou patientes.....	63
7.6	Éléments déclencheurs et dissociation	64
7.7	Colère ou agitation	70
8	Lignes directrices pour la pratique sensible : divulgation	71
8.1	La divulgation : un défi pour les personnes ayant survécu à une agression sexuelle.....	71
8.2	Possibles indicateurs de sévices passés.....	73
8.3	Demandes de renseignements sur les sévices passés.....	74
8.4	Comment réagir efficacement en cas de divulgation.....	78
8.5	Mesures supplémentaires à prendre au moment de la divulgation ou au fil du temps	81
8.6	Réactions à éviter à la suite d'une divulgation	84
8.7	Questions d'ordre juridique et questions relatives à la tenue de dossiers.....	84
8.8	Questions pour stimuler la réflexion	87
9	Sommaire et mot de la fin	88
9.1	Apport des cliniciens et cliniciennes à la guérison des personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant d'enfance	88
9.2	Pratique sensible et soins axés sur les patients et patientes.....	88
	Annexe A : Fondements empiriques du manuel de pratique.....	90
	Annexe B : Prévalence de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants.....	92
	Annexe C : Dynamique traumagénique de la violence sexuelle pendant l'enfance	94
	Annexe D : Critères diagnostiques des troubles de stress.....	96
	Annexe E : Exemple de présentation d'un établissement.....	99
	Annexe F : Rédaction des formules de consentement dans un langage clair et simple	100
	Annexe G : Comment collaborer avec les Autochtones	101
	Annexe H : Commentaire à propos du trouble dissociatif de l'identité.....	106
	Annexe I : Le débat concernant les preuves à l'appui des demandes de renseignements sur la violence interpersonnelle	107
	Bibliographie	109
	Ouvrages cités	109
	Ressources et ouvrages recommandés	120
	Index.....	126
	Coup d'œil sur la pratique sensible	128



Remerciements

L'équipe de recherche exprime sa profonde reconnaissance à l'endroit des victimes de violence sexuelle, des professionnels et professionnelles de la santé, des étudiants et étudiantes ainsi que des professionnels et professionnelles de la santé mentale qui ont collaboré à ce projet. En investissant temps et énergie dans le projet, ces hommes et femmes ont fait preuve de grande générosité. Sans eux, le présent manuel de pratique n'aurait pu voir le jour.

L'équipe de recherche est redevable aux nombreuses personnes qui l'ont aidée à recruter des participants et participantes tout au long du projet. Elle tient à remercier ces précieux collaborateurs et à reconnaître leur apport inestimable à la production de la présente, qui constitue la deuxième édition du manuel de pratique. En plus d'appuyer l'effort de recrutement et de prodiguer des encouragements, Don Wright et le personnel de la British Columbia Society for Male Survivors of Sexual Abuse, Rick Goodwin et le personnel du Projet pour hommes, Duane Lesperance et le personnel du Men's Resource Centre ainsi que Joy Howatt et Elsie Blake, du Stratton Project de la Family Service Association, ont fourni des locaux pour que l'équipe de recherche y mène des entrevues et organise des réunions de groupes de travail. Pour leur part, lors de la dernière phase du projet, Fran Richardson, de l'Ordre des hygiénistes dentaires de l'Ontario, Shari Hughes et Ariadne Lemire, de l'Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario, et Donna Beer, de l'École de physiothérapie de l'University of Western Ontario, ont aidé l'équipe de recherche à organiser des groupes de discussion et à accueillir les participants et participantes. Enfin, par leur précieux travail d'assistantes à la recherche, Angela Hovey, Liz Scott, Julia Bidonde, Leane King et Jennifer Ewen ont largement contribué au projet.

L'équipe de recherche exprime toute sa reconnaissance à Rose Roberts, de la Faculté des sciences infirmières de l'University of Saskatchewan, qui a rédigé l'annexe intitulée *Comment collaborer avec les Autochtones*. En outre, elle salue l'apport de Sanda Rodgers, de la Faculté de droit de l'Université d'Ottawa, qui a pris le temps d'examiner l'information relative aux questions de droit et à la tenue des dossiers, ainsi que la contribution de Diana Gustafson et Shoshana Pollack, respectivement de la Faculté de médecine de la Memorial University et de la Faculté de travail social de la Wilfrid Laurier University, qui ont fourni d'importants et de gracieux commentaires. L'équipe tient aussi à souligner le travail de Bob Chodos et Ginny Freeman MacOwan, qui ont dirigé la publication du manuel de pratique.

Les auteurs se réjouissent d'avoir pu enrichir leur ouvrage des éléments suivants, publiés antérieurement autre part :

Le tableau 6 (Dynamique traumagénique de la violence sexuelle pendant l'enfance), inspiré de : Finkelhor, D., et A. Browne. « The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 55, n° 4 (1985), p. 530-541 (avec l'autorisation de l'auteur David Finkelhor).

L'annexe D (Critères diagnostiques des troubles de stress), reprise de : American Psychiatric Association. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd. text. rev., Washington (DC), American Psychiatric Association, 2000, p. 471-472 et 467-468 (avec l'autorisation de l'American Psychiatric Association).

Les auteurs sont redevables au Centre national d'information sur la violence dans la famille de l'Agence de la santé publique du Canada, qui a

fourni une aide au titre de la traduction, de la conception et de l'impression de la deuxième édition du présent manuel de pratique. Ils tiennent aussi à remercier Stacey Croft et Salena Brickey, analystes de politiques à l'Unité de la prévention de la violence familiale, qui ont travaillé à la publication de l'ouvrage.

Les auteurs expriment leur profonde reconnaissance aux organismes suivants, qui ont offert un soutien financier tout au long du projet :

- Santé Canada ;
- la Fondation de physiothérapie du Canada ;
- le fonds de recherche et d'enseignement scientifique de la Faculté de médecine de l'University of Saskatchewan ;
- le programme interne de subventions de l'University of Saskatchewan (fonds de démarrage pour nouveaux professeurs, subventions du Conseil de recherches en sciences humaines octroyées par le recteur et subventions du fonds de publication) ;

- le programme interne de subventions de recherche de la Wilfrid Laurier University.

Enfin, les auteurs remercient sincèrement la Faculté de travail social Lyle S. Hallman de la Wilfrid Laurier University qui, tout au long du projet, a offert son aide et absorbé les coûts liés au travail des assistantes à la recherche de même qu'aux services de photocopie et de courrier. De plus, ils expriment leur gratitude au corps professoral et au personnel de l'École de physiothérapie de l'University of Saskatchewan, qui n'ont cessé de les appuyer et de les encourager dans l'aventure dont la présente constitue l'aboutissement.

Il s'agit peut-être d'une personne ayant subi une expérience profondément traumatisante ... [avec qui il faut recourir à] des méthodes sans risques ... sans quoi, au terme de l'intervention, un certain sous-groupe de patients et de patientes auront le sentiment d'avoir été encore une fois maltraités, agressés en silence. Ces personnes se tourneront vers un autre praticien ou une autre praticienne de la santé, vivant sans cesse les mêmes situations — peut-être sans comprendre la cause du problème, sans savoir quoi dire ni comment verbaliser les choses. Pour elles, le cycle ne fera que recommencer maintes et maintes fois. Nos sociétés en comptent des masses, de ces gens qui doivent simplement être traités avec un peu plus de douceur que les autres. C'est pourquoi la population tout entière mériterait peut-être d'avoir de tels égards.

– *Un homme ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance*

1 Le manuel de pratique : un outil de pratique clinique

1.1 Destinataires et orientations

Le présent manuel communique des renseignements qui aideront les praticiens et praticiennes de la santé à exercer une pratique « sensible », c'est-à-dire une pratique adaptée aux besoins des adultes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance ou à d'autres formes de violence interpersonnelle. Le document est destiné aux praticiens ou praticiennes et aux étudiants ou étudiantes des sciences de la santé qui, sans égard à leur spécialité, n'ont reçu aucune formation spéciale touchant la santé mentale, la psychiatrie ou la psychothérapie et ne possèdent qu'une expérience restreinte des interventions auprès d'adultes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance. Cette deuxième édition intègre les expériences et les opinions de femmes et d'hommes ayant survécu à une agression sexuelle ainsi que de praticiens et praticiennes d'une dizaine de spécialités des sciences de la santé. Le *Manuel de pratique* n'a pas été conçu pour inciter les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé à outrepasser le cadre de leur pratique, pas plus qu'il ne remplace la formation spéciale requise pour offrir des services intensifs de psychothérapie ou de counseling aux personnes ayant survécu à une agression sexuelle.

Le *Manuel de pratique* se fonde sur des entrevues étendues, des discussions collectives et un processus de consultation national auxquels ont participé des adultes ayant survécu à une agression sexuelle, des cliniciens et cliniciennes ainsi que des praticiens et praticiennes de la santé mentale. Le texte renferme des citations fidèles de témoignages rendus par les participants et participantes, lesquels font ressortir certains points et aident les pourvoyeurs et pourvoyeuses

de soins de santé à cerner de façon plus intime les pensées et les sentiments des personnes ayant survécu à une agression sexuelle. Les auteurs n'ont connaissance d'aucun autre ouvrage qui consulte ainsi des praticiens et praticiennes de la santé et des adultes ayant survécu à une agression sexuelle en vue de rendre compte, à la lumière de preuves empiriques, des enjeux et des problèmes auxquels sont confrontés ces derniers lorsqu'ils se trouvent en milieu de soins. Les fondements empiriques du *Manuel de pratique* sont décrits à l'annexe A.

1.2 Un enjeu pour l'ensemble des praticiens et praticiennes de la santé

Jusqu'à un tiers de toutes les femmes auraient survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance alors que pour les hommes, cette proportion s'établirait à quatorze pour cent^{23,29,61}.

Pour un large éventail de phénomènes de santé, les événements indésirables pendant l'enfance — dont la violence sexuelle, physique et psychologique — compteraient parmi les facteurs de risque accru d'ennuis de santé. À leur insu ou non, dans l'exercice de leur pratique, les praticiens et praticiennes de la santé ont donc tous affaire à des adultes ayant survécu à des violences interpersonnelles. Ces derniers sont des consommateurs et consommatrices de tout âge qui demandent à recevoir une foule de soins de santé. Les auteurs ont bon espoir que les principes et les lignes directrices pour la pratique sensible s'inscriront dans les « formalités universelles et habituelles » qui régissent l'ensemble des rencontres en milieu de santé, pour le plus grand bien de tous les consommateurs et consommatrices de soins de santé¹³⁵.

À leur insu ou non, dans l'exercice de leur pratique, les praticiens et praticiennes de la santé ont tous affaire à des personnes ayant survécu à des violences interpersonnelles.

i Section 2.5 – Effets sur la santé de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants

Certains examens et certaines formalités peuvent paraître habituels et sans danger aux yeux des pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé, mais imposer un stress aux personnes ayant survécu à une agression sexuelle, chez qui ils risquent d'éveiller le souvenir d'un trauma initial. Les établissements de santé sont des milieux qui tendent à porter une attention exclusive au corps des patients et patientes. Vulnérables et exposés, ces derniers s'y trouvent plongés dans un environnement qui échappe à leur contrôle et où leurs limites personnelles sont couramment transgressées. Soumis à des traitements parfois douloureux, ils y éprouvent communément un sentiment d'impuissance. En captant certains échos de sévices passés, toutes ces conditions peuvent s'avérer fort pénibles pour des personnes ayant survécu à une agression sexuelle. Pour bien cerner les besoins de ces dernières et saisir la manière dont elles réagissent aux soins, il faut d'abord comprendre la dynamique qui sous-tend la violence envers les enfants et en connaître les répercussions à long terme. Une pratique sensible mise sur des habiletés essentielles en vue d'aider les praticiens et praticiennes de la santé à non seulement s'adapter aux besoins particuliers des adultes ayant survécu à des violences ou à de mauvais traitements, mais aussi traiter ces personnes avec compassion.

i Chapitre 2 – La violence sexuelle pendant l'enfance : quelques renseignements généraux
Chapitre 3 – L'expérience des personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance : élément d'une rencontre de santé

La présente étude s'intéresse avant tout à la pratique sensible dans les milieux de santé classiques. On retrouve cependant des pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé dans des environnements très variés, y compris le domicile de clients ou de clientes, des régions rurales ou éloignées ainsi que des systèmes

scolaires. Les auteurs estiment que les principes et les lignes directrices pour la pratique sensible peuvent être adaptés à tout milieu où sont dispensés des soins de santé.

i Chapitre 3 – L'expérience des personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance : élément d'une rencontre de santé

1.3 Structure

Le *Manuel de pratique* compte neuf chapitres. Le cas échéant, les lecteurs et lectrices sont avisés (par un «i» bleu dans un cercle bleu) des autres sections où sont précisés ou approfondis les sujets abordés à la section courante.

- Le chapitre 1 introduit la terminologie qu'emploie le *Manuel de pratique* et formule des suggestions relatives à l'usage de ce dernier.
- Le chapitre 2 communique des renseignements généraux sur la nature et la portée de la violence sexuelle pendant l'enfance ainsi que sur les ennuis de santé liés aux antécédents en cette matière. De telles informations visent à aider les praticiens et praticiennes de la santé à saisir l'importance de la pratique sensible.
- Le chapitre 3 communique des renseignements sur la façon dont peuvent se manifester, en milieu de santé, les expériences associées à des antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance.
- Le chapitre 4 décrit les principes pour la pratique sensible qu'inspire la présente étude. De l'avis des auteurs, ces principes constituent l'assise des soins de santé éthiques.
- Les chapitres 5, 6, 7 et 8 énoncent des lignes directrices pour la pratique sensible qui mettent en œuvre les principes

Les principes et les lignes directrices pour la pratique sensible peuvent être adaptés à tout milieu où sont dispensés des soins de santé.



précités. Ces lignes directrices doivent être perçues comme des suggestions concrètes que les praticiens et praticiennes de la santé pourront intégrer à leur pratique clinique.

- Le chapitre 5 présente des lignes directrices portant expressément sur le cadre dans lequel se déroulent les rencontres de santé.
- Le chapitre 6 s'attarde aux lignes directrices visant l'ensemble des échanges entre praticiens ou praticiennes de la santé et leurs clients ou clientes.
- Aux praticiens et praticiennes de la santé, le chapitre 7 propose des lignes directrices pour faire face aux problèmes qui risquent de survenir lors de rencontres avec des personnes ayant survécu à la violence sexuelle à l'endroit d'enfants.
- Le chapitre 8 s'intéresse aux lignes directrices qui portent sur la divulgation de sévices passés, surtout dans le cadre des échanges entre cliniciens ou cliniciennes et personnes ayant survécu à de mauvais traitements.
- Le chapitre 9 explore l'apport possible des praticiens et praticiennes de la santé à la guérison et au rétablissement d'adultes ayant survécu à une agression sexuelle. De plus, il s'attarde au rapport qui existe entre la pratique sensible et les soins axés sur les patients et patientes.
- Les chapitres 4, 6 et 8 se terminent par des questions qui portent à réfléchir sur la mise en œuvre des principes et des lignes directrices dans une perspective de pratiques de santé.
- Le *Manuel de pratique* s'enrichit de neuf annexes et d'une bibliographie qui dresse la liste des ouvrages cités ainsi que des ressources et ouvrages recommandés.

1.4 Usage recommandé du manuel de pratique

En ce qui touche la violence, les mauvais traitements et la pratique sensible, les étudiants ou étudiantes, praticiens ou praticiennes et administrateurs ou administratrices sont invités à considérer les renseignements que communique le *Manuel de pratique* et à réfléchir à l'éclairage que jettent ces données sur leur propre pratique et leurs propres politiques en milieu de travail. Plus particulièrement, les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé devraient s'attarder aux questions suivantes :

- En quoi l'information s'avère-t-elle pertinente à notre cas ?
- Comment devrions-nous procéder pour mettre en œuvre les principes et les lignes directrices dans nos pratiques ?
- Quelle serait la meilleure façon pour nous de réagir aux différentes situations que décrit le *Manuel de pratique* ?

Les auteurs jugent que les renseignements diffusés dans le *Manuel de pratique* touchent l'ensemble des intervenants et intervenantes des établissements de santé. Dans ces milieux, bon nombre des difficultés qu'éprouvent les adultes ayant survécu à une agression sexuelle découlent soit de l'ignorance des praticiens et praticiennes à l'égard des répercussions de la violence sur la santé et sur les soins de santé, soit de l'existence d'attitudes et de politiques organisationnelles qui ne tiennent pas compte de ces données. Avant d'écarter comme dépourvue de pertinence une suggestion visant leur pratique, les cliniciens et cliniciennes sont priés de réfléchir aux questions suivantes :

- Quels sont les éléments de la suggestion qui ne nous concernent pas ?
- Si la suggestion n'est pas entièrement pertinente, quels sont les éléments qui pourraient s'avérer utiles ?

Le *Manuel de pratique* peut servir à aider les praticiens et praticiennes de la santé :

- à se renseigner sur les répercussions de la violence interpersonnelle sur la santé ;
- à travailler plus efficacement auprès des personnes visées et à leur manifester davantage de compassion ;
- à identifier les personnes chez qui une rencontre de santé active un élément déclencheur ou suscite une dissociation mentale et à traiter ces personnes de façon sensible ;
- à se sentir mieux préparés à collaborer avec des patients ou patientes qui divulguent des sévices passés ;
- à renseigner le personnel administratif et les assistantes ou assistantes sur la violence envers les enfants de même que sur les conséquences de ce phénomène sur leur travail ;
- à faire connaître les idées avancées dans le *Manuel de pratique* auprès de leurs collègues dans le but de créer un réseau de soins intégré et adapté ;
- à imprimer leur marque sur les politiques et pratiques dans les organismes publics afin de les adapter davantage aux besoins des personnes ayant survécu à une agression sexuelle ;
- à former leurs étudiants ou étudiantes et leurs collègues en milieu de travail pour qu'ils analysent les pratiques professionnelles d'un œil critique ;
- à réfléchir à leur philosophie de prestation de soins et à la façon dont celle-ci se concrétise au quotidien, dans le but d'améliorer leur rendement sur le plan de l'éthique, de la congruence et de l'adaptabilité au travail ;

Les renseignements diffusés dans le *Manuel de pratique* touchent l'ensemble des intervenants et intervenantes des établissements de santé.

Les lecteurs et lectrices sont priés de voir au-delà de la terminologie et de constater la pertinence des sujets traités en regard de leur propre pratique.

- à mettre au point des lignes directrices claires qui abordent leurs préoccupations quant à la meilleure pratique à adopter à l'égard de formalités de prestations de soins ou à l'endroit de patients et de patientes spécifiques.

1.5 Terminologie

Les précisions suivantes portent sur certains mots et certaines expressions qui apparaissent dans le *Manuel de pratique*. Le recours aux mots *patient* ou *patiente*, *client* ou *cliente*, *clinicien* ou *clinicienne* et *praticien* ou *praticienne* suscite des réactions variables de la part de nombreux pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé. En outre, ces derniers expriment diverses préférences concernant le vocabulaire utilisé pour décrire leur travail (p. ex., les mots examen et *traitement*). Les lecteurs et lectrices sont priés de voir au-delà de la terminologie utilisée dans le *Manuel de pratique* ; ils constateront ainsi la pertinence des sujets traités pour l'ensemble des pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé.

- Les expressions *personne ayant survécu à une agression sexuelle* et *adulte ayant survécu à une agression sexuelle* désignent tout adulte ayant été victime de violence

sexuelle pendant son enfance. On les préfère au mot victime tout court, car elles reconnaissent la force et la débrouillardise

des hommes et femmes ayant connu la violence sexuelle²¹. Les expressions *survivre à une agression sexuelle* et *être victime d'une agression sexuelle* dictent des attitudes variables aux personnes ayant subi des sévices de même qu'aux intervenants et intervenantes qui travaillent auprès de ces dernières.

- Le mot *victime* désigne plus particulièrement un enfant ou une enfant victime de violence sexuelle.

- Les expressions *personne ayant survécu à une agression sexuelle, patient ou patiente, client ou cliente* et *personne* désignent indifféremment la personne qui demande des soins.
- Les expressions *violence sexuelle à l'endroit d'enfants, violence sexuelle pendant l'enfance, violence faite aux enfants, violences, violence interpersonnelle, violence* et *trauma* désignent les mauvais traitements ou les sévices infligés. Le *Manuel de pratique* s'abstient de recourir au mot *trauma* à d'autres fins.
- Les mots *rétablissement* et *guérison* désignent tous deux les efforts que déploient les personnes ayant survécu à une agression sexuelle pour s'attaquer aux problèmes qui découlent de la violence sexuelle pendant l'enfance.
- Les expressions *clinicien* ou *clinicienne, praticien* ou *praticienne, praticien de la santé* ou *praticienne de la santé, pourvoyeur de soins de santé* ou *pourvoyeuse de soins de santé* et *professionnel de la santé* ou *professionnelle de la santé* sont employées indistinctement.
- L'expression *personne ayant survécu à une agression sexuelle et pris part au projet* désigne toute personne ayant survécu à une agression sexuelle qui a pris part aux entrevues, aux groupes de travail ou aux consultations organisés dans le cadre du projet de recherche.
- Les expressions *praticien de la santé consulté* ou *praticienne de la santé consultée* et *pourvoyeur de soins de santé consulté* ou *pourvoyeuse de soins de santé consultée* désignent les praticiens et praticiennes de la santé qui ont pris part aux groupes de travail.
- L'expression *évaluation et examen* désigne la cueillette et l'analyse — au départ et de façon continue — de renseignements tangibles ou subjectifs sur l'état de santé d'une personne.
- Les mots *protocole, formalité, traitement et intervention* désignent les différents soins qu'offrent les praticiens et praticiennes de la santé.
- Les mots *rendez-vous, rencontre* et *échange* servent à désigner le cadre dans lequel s'inscrivent les rapports entre les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé ainsi que leurs patients et patientes ou clients et clientes, et ce, dans différents milieux de soins.
- L'expression *entretien personnel* désigne l'éventail de mesures que peut prendre une personne pour soutenir son état général de santé, qu'elles s'intègrent ou non dans un programme de gestion visant certains enjeux de santé. Ces mesures englobent notamment une saine alimentation, la pratique régulière de l'exercice physique ainsi que le respect de recommandations précises formulées par des cliniciens ou des cliniciennes.
- Dans le texte, les témoignages des participants et participantes apparaissent en *italique*. Ces propos ont d'abord été publiés en anglais dans la version originale du *Manuel de pratique*, puis traduits en français aux fins de la présente.

1.6 Limites

Les expériences de violence sexuelle pendant l'enfance et les effets à long terme qui en résultent sont conditionnés par de nombreux facteurs qui interagissent de façon complexe. Ce sont notamment : (a) les facteurs propres à chaque individu (p. ex., le profil génétique de la personne, les ressources d'adaptation dont elle dispose et le stade de développement où surviennent les mauvais traitements) ; (b) les sévices proprement dits (p. ex., la fréquence des mauvais traitements, leur durée ainsi que le lien entre l'agresseur ou l'agresseuse et la victime) ; (c) l'existence d'un soutien social — tant au moment de l'enfance où surviennent les mauvais traitements que par la suite, à l'âge adulte — de même que la qualité

de ce soutien ; et (d) les facteurs liés au milieu général, y compris la culture, l'ethnicité et d'autres déterminants sociaux de la santé. Aux fins de la présente étude, des adultes ayant survécu à une agression sexuelle ont été recrutés par l'entremise d'organismes, de groupes et de personnes chargées d'offrir un soutien ou de dispenser des services de counseling. Les participants et participantes avaient donc déjà entrepris ou terminé une démarche de rétablissement avec l'aide de ressources externes.

Malgré la diversité et le caractère unique de ces participants et participantes, le *Manuel de pratique* ne peut prétendre proposer des recommandations de pratique sensible pour tout adulte ayant survécu à de mauvais traitements, peu importe la nature des sévices subis ou l'ethnicité de la personne, sa culture, son orientation sexuelle et son stade de rétablissement. Dans le même ordre d'idées, même si leur méthode de recherche prévoyait de

vastes consultations auprès d'un large éventail de praticiens et praticiennes de la santé travaillant dans différents milieux, les auteurs ne peuvent prétendre aborder l'ensemble des facettes de pratique sensible pertinentes à tout type de praticien ou praticienne de la santé.

Les auteurs reconnaissent ces limites, mais jugent néanmoins que la deuxième édition du *Manuel de pratique* propose des solutions accessibles, fondées sur des preuves empiriques, qui permettront d'encadrer la collaboration avec les adultes ayant survécu à des violences interpersonnelles, quel que soit le genre de pratique. Quant aux adultes dont les réactions et besoins propres ne sont pas représentés par les participants et participantes des études, les auteurs ont bon espoir que les praticiens et praticiennes de la santé sauront adapter et peaufiner les lignes directrices en fonction du travail qu'ils font auprès de ces personnes.

2 La violence sexuelle pendant l'enfance : quelques renseignements généraux

2.1 Définitions

Bien que l'exploitation sexuelle des enfants et des adolescents ou adolescentes constitue un acte criminel, la définition juridique de la violence sexuelle pendant l'enfance varie d'une autorité législative à l'autre. Cependant, il est généralement admis que la violence sexuelle pendant l'enfance englobe : (a) des actes sexuels commis avec des enfants ou des jeunes qui sont dépourvus de la maturité nécessaire et qui n'ont pas franchi le stade de développement affectif et cognitif requis pour comprendre ces actes ou pour y consentir ; et (b) « une "condition abusive" telle que la contrainte ou une différence d'âge marquée entre les parties, dénotant l'absence de rapport consensuel »^{61p.32} [traduction]. En règle générale, les enfants et les jeunes adolescents sont incapables de consentir à des actes sexuels avec des adultes, faute de maturité et de pouvoir relatif*. Une condition abusive suppose un rapport de force inégal entre l'agresseur ou l'agresseuse et la victime. Par ailleurs, les enfants peuvent subir de mauvais traitements aux mains d'autres enfants ou d'adolescents et d'adolescentes qui occupent une position dominante en raison de leur âge, de leur force, de leur expérience de la vie, de leur intelligence, de leur autorité ou de leur place dans la société. L'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants a examiné huit

Une condition abusive suppose un rapport de force inégal entre l'agresseur ou l'agresseuse et la victime.

formes de violence sexuelle à l'endroit d'enfants : la pénétration (pénétration du pénis, d'un doigt ou d'un objet dans le vagin ou l'anus) ; la tentative de pénétration ; les relations sexuelles orales ; les caresses des organes génitaux ; les activités où une personne adulte exhibe ses organes génitaux devant des enfants ; l'exploitation sexuelle (p. ex., la participation d'enfants à des actes de prostitution ou de pornographie) ; les conversations à caractère sexuel (y compris les suggestions de nature sexuelle et l'exposition d'enfants à du matériel pornographique) ; de même que le voyeurisme^{168 p.37}.

La violence rituelle est une forme grave et controversée de violence qui désigne toute agression psychologique, sexuelle et/ou physique commise, à l'endroit d'une victime humaine qui s'y refuse, par une ou plusieurs personnes qui se conforment ainsi à un rituel visant à atteindre l'objectif précis ou à satisfaire les besoins perçus de leur dieu^{25,140}.

2.2 Personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance

La violence sexuelle pendant l'enfance alimente un grand paradoxe, car si la conscience publique y attache aujourd'hui une plus grande importance, le phénomène demeure néanmoins enveloppé par

* Le Code criminel fixe à dix-huit ans l'âge requis pour consentir à une activité sexuelle qui comporte une forme d'exploitation, à savoir une activité fondée sur la prostitution ou la pornographie ou une activité mettant en cause un partenaire ou une partenaire avec qui prévaut une relation fondée sur la confiance, l'autorité ou la dépendance. L'âge requis pour consentir à une activité qui ne comporte aucune forme d'exploitation est fixé à seize ans. Il existe cependant des exceptions. Ainsi, une personne de douze ou treize ans peut consentir à une activité sexuelle ne comportant aucune forme d'exploitation si son partenaire ou sa partenaire est de moins de deux ans aîné ou son aînée. Une personne de quatorze ou quinze ans peut consentir à une activité sexuelle ne comportant aucune forme d'exploitation si son partenaire ou sa partenaire est de moins de cinq ans son aîné ou son aînée. Une personne de quatorze ou quinze ans peut également consentir à une activité sexuelle avec une personne avec qui elle est mariée. Les lois relatives à l'âge requis pour consentir à une activité sexuelle ne comportant aucune forme d'exploitation sont en vigueur depuis le 1^{er} mai 2008. Des dispositions transitoires permettent à une personne de quatorze ou quinze ans qui avait un conjoint ou une conjointe de fait le 1^{er} mai 2008 de continuer de pratiquer des activités sexuelles ne comportant aucune forme d'exploitation.

le secret. La couverture médiatique accordée à des enquêtes et des révélations ayant retenu l'attention du public fournit la preuve de l'existence de la violence sexuelle pendant l'enfance. Celle-ci éclate dans de « bonnes » familles et au sein d'institutions « de confiance ». Elle touche des personnes de tout statut socioéconomique et sévit dans tous les groupes raciaux ou ethniques. Souvent, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle font les manchettes ou alimentent les conversations. Il s'agit d'hommes et de femmes de toutes les couches de la société : étudiants ou étudiantes, personnalités sportives, membres du clergé, artistes de spectacle, éducateurs ou éducatrices, agents ou agentes de police, juges, hommes ou femmes politiques, praticiens ou praticiennes de la santé. Il s'agit de collègues, de voisins ou de voisines, d'amis ou d'amies. Il s'agit peut-être même de nous ou de membres de notre famille ! Malgré cette prévalence, la plupart des personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance échappent à notre regard, d'autant plus que la majorité d'entre elles — plus de la moitié, selon les estimations — refuseraient de partager le récit de leurs sévices avec qui que ce soit^{61,105}. Pour certaines, ce silence est motivé par la crainte de représailles de la part d'agresseurs ou d'agresseuses. D'autres redoutent l'incrédulité, le blâme ou même les punitions que pourrait servir leur entourage^{55,112}.

D'autres encore se taisent parce qu'elles se croient, à tort, responsables des mauvais traitements qu'on leur a infligés.

Les personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance sont nos collègues, nos voisins ou voisines, nos amis ou amies. Peut-être s'agit-il de nous ou de membres de notre famille !

Jusqu'à un tiers de toutes les femmes auraient survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance alors que pour les hommes, cette proportion s'établirait à quatorze pour cent.

Selon les estimations les plus récentes et les plus fiables du taux de prévalence à tout âge de la vie, jusqu'à un tiers de toutes les femmes auraient survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance alors que pour les hommes, cette proportion s'établirait à quatorze pour cent^{23,29,61}.

2.3 Auteurs ou auteures de violences sexuelles à l'endroit d'enfants

Les personnes ayant subi des sévices sexuels pendant l'enfance sont, à l'âge adulte, des hommes et des femmes de tout âge, de toute ethnicité, de toute profession, de tout niveau d'instruction, de tout niveau de revenu et de tout état matrimonial^{14,29,47,73,111,139}. La plupart des études sur les infractions sexuelles se sont attardées aux agresseurs de sexe masculin. De fait, les sévices sexuels envers les enfants sont le plus souvent infligés par des hommes^{29,47,48,59}. Cependant, des recherches récentes donnent à penser que la pratique de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants serait plus courante chez les femmes que ne l'indiquent des études antérieures^{29,47,59}. Les agresseurs ou agresseuses ont tous un point en commun : l'exercice, sur les victimes, d'une domination fondée sur la force, le pouvoir social et/ou l'autorité.

Dans son dernier rapport, l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003 constate que,

contrairement aux mauvais traitements physiques infligés aux enfants, les violences sexuelles sont avant tout le fait (dans trente-cinq pour cent des cas) de membres de la famille autres que les parents^{168 p.52}. Les autres groupes d'agresseurs ou d'agresseuses sont : les amis ou amies de l'enfant ou ses camarades (quinze pour cent) ; les beaux-pères (treize pour cent) ; les pères biologiques (neuf pour cent) ; d'autres connaissances (neuf

i Annexe B – Prévalence de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants

Avant de poursuivre leur lecture, les praticiens et praticiennes de la santé qui ont eux-mêmes survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance sont priés de consulter la section 5.9 – Entretien personnel des praticiens et praticiennes.

pour cent) ; les partenaires du parent ou de la parente (cinq pour cent) ; ainsi que les mères biologiques (cinq pour cent).

2.4 Dynamique de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants

Tout rapport sexuel avec un enfant ou une enfant vise à satisfaire aux besoins de l'auteur ou de l'auteure, sans grand souci des répercussions sur l'enfant. Certains agresseurs ou agresseuses recourent à la force ou aux menaces explicites de préjudices pour contraindre leurs jeunes victimes à se soumettre. D'autres cultivent des relations à long terme avec leurs victimes et les façonnent soigneusement en leur donnant des cadeaux ou en leur portant une attention spéciale. La violence sexuelle pendant l'enfance ne s'accompagne pas toujours de préjudices corporels. Il s'agit d'une violation du corps, des limites personnelles et de la confiance²¹ qui donne généralement lieu à une expérience traumatisante pour la victime⁸¹.

Les personnes qui font état d'antécédents de violence sexuelle pendant leur enfance courent un risque accru d'éprouver un large éventail de problèmes à l'âge adulte. Cependant, certaines études concluent « que de vingt à quarante pour cent des personnes disant avoir subi des violences sexuelles pendant l'enfance ne souffrent, à l'âge adulte, d'aucune dysfonction mesurable qui pourrait être liée de façon plausible à ces mauvais traitements »^{59 p.89,60} [traduction]. De nombreux facteurs influencent la réaction précise d'une personne aux violences sexuelles subies pendant l'enfance. Il s'agit notamment du nombre d'agresseurs ou d'agresseuses et de leur sexe, de la nature et de la proximité de la relation entre la victime et ces personnes, de la durée et de la fréquence des mauvais traitements, des caractéristiques de ces derniers (p. ex., absence

ou présence de contact ou de pénétration), du recours à la force ou aux menaces ainsi que de l'âge de la victime au moment de l'agression^{16,27,29}.

❶ Annexe C – Dynamique traumatogénique de la violence sexuelle pendant l'enfance

2.5 Effets sur la santé de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants

Les personnes qui font état d'antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance ne souffrent

pas toutes d'ennuis de santé. Cependant, bon nombre d'entre elles éprouvent des troubles physiques, des troubles du comportement et des troubles psychologiques chroniques qui les poussent à recourir souvent aux services de praticiens et de

praticiennes de la santé. Ces derniers n'interrogent pas invariablement ces personnes à propos de la violence sexuelle pendant l'enfance. Ainsi, les répercussions à long terme de cette violence ne sont pas pleinement reconnues, les ennuis de santé connexes font l'objet d'un mauvais diagnostic, et les traitements qui en résultent ne s'inscrivent pas dans une démarche sensible et intégrée.

Pendant l'enfance, la violence sexuelle se conjugue souvent à d'autres types d'événements indésirables, qu'il s'agisse de violence physique, de difficultés conjugales, de la séparation ou de la perte de parents ou de parentes, d'une psychopathologie et/ou d'une consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues chez ces derniers ainsi que d'autres formes de négligence et de mauvais traitements^{29,59,107}. Même en contrôlant l'effet des variables que constituent ces événements indésirables, la violence sexuelle pendant l'enfance demeure une importante variable explicative des ennuis de santé à l'âge adulte^{28,31,167,183}. Décrivant le mécanisme qui

sous-tendrait l'apparition de tels ennuis, d'aucuns croient que « la violence sexuelle pendant l'enfance disloque le sentiment d'identité de la victime et complique ses relations avec les autres, minant ainsi la capacité de l'enfant de réguler ses réactions aux événements stressants et entraînant d'autres défis sur le plan interpersonnel et émotionnel »^{107 p.753} [traduction]. Pour sa part, Kathleen Kendall-Tackett décrit en ces termes les cheminements comportementaux, émotionnels, sociaux et cognitifs qu'emprunte la violence envers les enfants pour influencer la santé : « Les adultes ayant survécu à une agression sexuelle risquent d'être touchés par l'un de ces quatre cheminements ou par chacun d'eux, attendu que les cheminements s'influencent mutuellement. À vrai dire, les cheminements forment une matrice complexe de rapports mutuels qui, tous, pèsent sur la santé »^{92 p.716} [traduction]. Par ailleurs, des recherches en immunologie, en endocrinologie et en médecine psychosomatique ont démontré l'existence de liens psychologiques manifestes entre le stress, les affections et la maladie^{p. ex., 71,95,101,104}.

- ❶ Chapitre 3 – L'expérience des personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance : élément d'une rencontre de santé
- Chapitre 8 – Lignes directrices pour la pratique sensible : divulgation

Le tableau 1 dresse une liste de constats tirés d'une série d'études considérant la corrélation entre les antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance, d'une part, et la santé et le fonctionnement des sujets plus tard dans leur vie, d'autre part. En grande majorité, les recherches qui abordent ces relations se sont intéressées à des femmes. Là où la recherche s'attarde aux hommes ayant survécu à une agression sexuelle, elle a surtout considéré le rapport entre les sévices

La croyance très répandue voulant que les hommes fassent rarement l'objet de violences sexuelles et que la violence sexuelle pendant l'enfance ait peu de répercussions sur eux incite les garçons et les hommes à ne pas divulguer les sévices qu'ils subissent, empêchant du coup la société de légitimer le problème que posent ces mauvais traitements.

passés et la santé mentale des sujets. Selon Guy Holmes, Liz Offen et Glenn Waller⁸⁵, la croyance très répandue voulant que les hommes fassent rarement l'objet de violences

sexuelles et que la violence sexuelle pendant l'enfance ait peu de répercussions sur eux incite les garçons et les hommes à ne pas divulguer les sévices qu'ils subissent, empêchant du coup la société de légitimer le problème que posent ces mauvais traitements. La reconnaissance sociale grandissante de la prévalence et de la gravité de la violence sexuelle à l'endroit des garçons aura pour résultat probable une multiplication des recherches consacrées aux corrélats de cette violence sur le plan de la santé.

TABLEAU 1.

Indicateurs de santé et de fonctionnement pour lesquels existe une corrélation avec des antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance : liste sélective de constats tirés d'études de recherche

Chez les femmes, on observe une corrélation entre les antécédents de violence sexuelle ou un éventail de traumatismes subis pendant l'enfance et :

- une piètre santé, une santé mentale fragile et une mauvaise qualité de vie (sur le plan de la santé) par rapport aux personnes n'ayant pas subi de traumatisme^{58, 167, 176} ;
- les douleurs pelviennes chroniques¹²⁸ ;
- les troubles gastro-intestinaux^{52, 141} ;
- les douleurs lombaires rebelles¹⁴⁵ ;
- les maux de tête chroniques⁵⁷ ;
- la multiplication des invalidités fonctionnelles, des symptômes physiques, des diagnostics codés par les médecins ainsi que des comportements posant un risque pour la santé (conduite avec facultés affaiblies, pratiques sexuelles à risque, obésité et autres)¹⁷⁶ ;
- la cardiopathie ischémique, les maladies du cœur, le cancer, les affections pulmonaires chroniques, les fractures du squelette et les maladies du foie⁵⁸ ;
- des niveaux élevés de phobie du dentiste ou de la dentiste^{177, 185} ;
- une consommation plus marquée de services médicaux^{33, 87, 102, 114, 149, 178} ;
- la consommation d'alcool ou d'autres drogues, l'automutilation, le suicide et les troubles de l'alimentation¹⁵⁵ ;
- l'apparition, à l'âge adulte, de quatorze troubles de l'humeur, troubles anxieux ou troubles d'alcoolisme et de toxicomanie¹⁰⁷ ;
- des taux élevés de troubles mentaux pendant l'enfance, de troubles de la personnalité, de troubles anxieux et de troubles affectifs graves (excluant la schizophrénie)¹⁵³ ;
- le diagnostic du trouble de la personnalité limite^{79, 82, 100}.

Chez les hommes, on observe une corrélation entre les antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance et :

- l'anxiété, la dévalorisation, la honte et le sentiment de culpabilité, la dépression, le syndrome de stress post-traumatique, l'isolement social et les comportements de retrait, les flashbacks, le trouble dissociatif de l'identité, l'engourdissement émotionnel, la colère et l'agressivité, l'hyper-vigilance, la passivité de même que le souci anxieux de plaire aux autres^{20, 26, 30, 44, 146} ;
- l'apparition, à l'âge adulte, de cinq troubles de l'humeur, troubles anxieux ou troubles d'alcoolisme et de toxicomanie¹⁰⁷ ;
- la consommation d'alcool ou d'autres drogues, l'automutilation, le suicide, la dépression, la rage, les relations tendues, les problèmes d'identité et de concept de soi de même qu'un malaise à l'égard des activités sexuelles^{48, 53, 132, 160} ;
- un risque accru d'infection à VIH³ ;
- l'anxiété et la confusion à propos de l'identité sexuelle et de l'orientation sexuelle^{85, 132} ;
- un risque accru d'extériorisation agressive⁸⁵ ;
- les démêlés avec le système de justice pénale^{85, 96}.

3 L'expérience des personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance : élément d'une rencontre de santé

3.1 Socialisation des sexes : expériences vécues par les femmes

La socialisation des sexes influence autant la réaction des enfants aux agressions sexuelles que les répercussions de ces expériences à l'âge adulte. Au fil des recherches réalisées aux fins du présent *manuel de*

pratique, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet ont décrit l'apport de la socialisation des sexes au façonnement de leurs échanges avec les praticiens et praticiennes de la santé.

Maints observateurs et observatrices croient que la socialisation des sexes a beaucoup changé au cours du dernier siècle. Pourtant, de nombreuses enfants sont encore invitées à faire preuve de soumission, à réprimer les réactions agressives et à se montrer « gentilles ». Ces enfants captent de nombreux messages clamant que le sexe féminin serait moins puissant et aurait moins de valeur que le sexe masculin et que la fonction convenant aux femmes serait de plaire à leur entourage, et plus particulièrement aux hommes. Selon Rebecca Bolen :

Les femmes cultivent le sentiment de ne pas avoir de droits et d'être vulnérables par rapport aux éléments les plus puissants de la société. Les femmes intériorisent ce message ... La socialisation les prépare à être moins puissantes que les hommes — qui sont titulaires de droits et de pouvoirs supérieurs — et à s'incliner devant eux^{24p.146} [traduction].

Ces dimensions de la socialisation normative des femmes risquent d'exacerber la tendance que pourraient avoir les filles à se soumettre et à s'imputer la faute d'expériences négatives mettant en cause des adultes. Résultat : bon nombre de femmes ayant survécu à une agression sexuelle se croient « vilaines » et s'estiment responsables des mauvais traitements qu'elles ont subis. À leurs yeux, ces sévices ont été provoqués d'une façon ou d'une autre par leur corps, qu'elles ont appris à détester :

La socialisation qui prône la soumission se conjugue à la tendance normative naturelle que pourraient avoir les enfants à s'imputer la faute d'expériences négatives mettant en cause des adultes. Résultat : bon nombre de femmes ayant survécu à une agression sexuelle se croient « vilaines » et s'estiment responsables des mauvais traitements qu'elles ont subis.

La plupart des personnes ayant survécu à une agression sexuelle que je connais détestent leur corps,

le renient ... se séparent de lui (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)[†].

Par ailleurs, parce qu'elles ont été trahies par des adultes de confiance qui les ont maltraitées, les femmes ayant survécu à des sévices risquent de cultiver une méfiance à l'endroit des symboles d'autorité. On comprend ainsi pourquoi certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle acceptent difficilement de faire confiance aux praticiens et praticiennes de la santé et éprouvent un grand stress lors de rencontres de santé. De même, on comprend pourquoi tant de femmes maltraitées pendant l'enfance déclarent souffrir de symptômes de dépression et d'anxiété :

Je ne voulais pas exprimer mes besoins parce que ... avec l'agression ... on ne peut décider de son sort. Ce qui t'arrive, tu te contentes de l'accepter, et c'est ce que j'ai cru pendant longtemps. Je le crois sans doute encore, mais j'essaie de penser autrement parce que maintenant j'ai le choix (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

[†] À l'instar de tous les autres qui suivent dans le texte, ce témoignage a été traduit en français après avoir été d'abord publié en anglais dans la version originale du *Manuel de pratique*.

Les filles apprennent qu'il est important que la femme constitue l'objet du désir de l'homme. Elles apprennent aussi qu'un air de jeunesse et d'innocence confère un grand charme sexuel. D'affirmer Lois Sapsford, une travailleuse sociale de Calgary, « les tenues dont nous affublons les mannequins de mode sont sexuellement accrocheuses et leur donnent une allure d'enfant, ce qui définit une norme pour l'ensemble des femmes »^{138p.76}

[traduction]. En outre, certaines filles apprennent que leur valorisation passe par la « pureté » sexuelle alors que la société

leur transmet le message contraire, à savoir qu'une fille doit être à la fois belle et sexy. Parce que la violence sexuelle objective le corps des filles pour satisfaire aux besoins des agresseurs ou agresseuses, elles risquent de se convaincre que leur valeur ne tient qu'à leur fonction d'objet sexuel. Conjugué au mythe voulant que les femmes doivent être sexuellement « pures », le stigmate qu'imprime la violence sexuelle pousse certaines femmes ayant survécu à une agression sexuelle à se croire « marquées » pour la vie et alimente les sentiments de honte et de culpabilité dont font état bien des intéressées. La condition de ces femmes se manifeste parfois par une ambivalence à l'égard de leur corps ainsi que par une réticence à demander des soins en cas d'ennuis de santé :

Il y a aussi la honte écrasante et le secret ... Nos malaises pourraient être traités ... [dès le début], mais nous attendons et attendons ... jusqu'au point où il faudra plus de temps pour guérir et raccommoier tout cela (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Les facteurs sociaux, passés et présents, qui incitent les membres de notre société à nier ou à minimiser l'importance de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants influencent aussi les idées qu'entretiennent les femmes ayant survécu à une agression sexuelle à propos de la sagesse de la décision de divulguer ou non leur expérience. De nombreuses participantes du projet ont évoqué

la peur de ne pas être crues. Ainsi, certaines ont affirmé s'être fait accuser d'avoir carrément menti ou d'avoir inventé toute leur histoire. Une autre facette de la socialisation des femmes a trait au message voulant qu'il leur incombe de dicter les limites des comportements sexuels. Ce message alimente la crainte du blâme que nourrissent les femmes ayant survécu à une agression sexuelle, bien que les comportements sexuels en cause

soient survenus dans leur enfance et aient été commis par des agresseurs ou des agresseuses plus âgés et plus puissants qu'elles. Une femme ayant divulgué ses

sévérités sexuelles a raconté qu'un praticien ou une praticienne de la santé avait réagi en demandant comment elle avait pu laisser pareille chose se produire. De tels messages sociaux dissuadent vivement les femmes de partager leur expérience avec les praticiens et praticiennes de la santé, entravant du coup la capacité des cliniciens ou des cliniciennes d'évaluer l'ensemble des facteurs pouvant concourir aux ennuis de santé.

3.2 Socialisation des sexes : expériences vécues par les hommes

À maintes reprises, en qualité de personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance, les participants masculins du projet ont dit se sentir invisibles. De nombreux facteurs expliquent cette perception, dont : (a) l'ignorance généralisée de la prévalence des agressions sexuelles à l'endroit des garçons ; (b) l'incongruité entre la qualité de victime et l'image de la masculinité que cultive la société ; ainsi que (c) le fait que les services à l'intention des personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance soient le fruit de la deuxième vague du féminisme et aient été traditionnellement conçus pour les femmes et non pour les hommes.

Un homme qui reconnaît avoir été agressé sexuellement se trouve à avouer sa vulnérabilité dans une société qui offre peu de modèles

Le stigmate qu'imprime la violence sexuelle pousse certaines femmes ayant survécu à une agression sexuelle à se croire « marquées » pour la vie et leur inspire une ambivalence à l'égard de leur corps ainsi qu'une réticence à demander des soins en cas d'ennuis de santé.

d'expression de la vulnérabilité masculine. À vrai dire, le fait d'apposer l'étiquette de *victime d'agression sexuelle* sur un homme revient à juxtaposer vulnérabilité et masculinité, un jumelage précaire qui alimente la sous-reconnaissance et la sous-déclaration de la violence sexuelle pendant l'enfance chez les garçons et les hommes^{1,41,51,86,105}.

S'ils songent à partager leurs antécédents de mauvais traitements avec un praticien ou une praticienne de la santé¹⁶⁵, les hommes ayant survécu à une agression sexuelle affrontent un obstacle : le processus de socialisation qui invite l'homme à être fort et indépendant^{13,85}. Dans un ouvrage intitulé *Don't Tell: The Sexual Abuse of Boys*, Michel Dorais affirme que « la conception masculine de la virilité est incompatible avec l'expérience concrète des victimes d'agression sexuelle ou avec le besoin d'aide qui découle d'un tel trauma »^{51p.17} [traduction] (voir aussi O'Leary¹¹⁵). Les hommes ayant participé au projet ont évoqué le besoin de paraître « forts » et « maîtres de la situation », en dépit de l'anxiété et de la crainte que leur inspiraient les rencontres avec des praticiens et praticiennes de la santé :

Un homme, c'est fort, c'est macho, ça n'a pas besoin [d'aide] ! Nous n'avons qu'à en revenir : « Reviens-en, fais un homme de toi ! » Vous savez, un homme, ça ne pleure pas (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)^{166p.509}.

Certains participants ont aussi exprimé le mal qu'ils éprouvaient à identifier et verbaliser leurs sentiments :

Les femmes semblent plus conscientes de l'appellation des choses. Par exemple, « je me sens déprimée » ou « je me démène vraiment depuis quelques semaines, et voici les circonstances exactes ». Moi, la moitié de ces choses-là, je ne sais même pas quel nom leur donner (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)^{166p.510}.

Selon une croyance bien enracinée, les garçons et les hommes seraient rarement victimisés, et la capacité d'autoprotection compterait parmi les caractéristiques fondamentales de la masculinité (Mendel, tel que cité par Lab, Feigenbaum, et De Silva⁹⁶). Contrevenir à cette attitude revient à faire preuve de faiblesse, ce qui risque de couvrir les hommes de honte. Ainsi, « la dissonance entre le schéma du rôle masculin et l'expérience de la victimisation »^{115p.83} [traduction] risque de mettre en péril la prestation de soins aux hommes ayant survécu à une agression sexuelle, car la honte et le sentiment d'indignité qu'ils éprouvent minent souvent leur capacité de réclamer des soins :

S'il m'a fallu bien du temps avant de consulter [un praticien ou une praticienne de la santé], c'est que ... franchement, je ne m'en sentais pas digne ... digne de recevoir des soins, qu'on s'intéresse à moi. Vous savez, les médecins sont des gens occupés (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Un homme qui reconnaît avoir été agressé sexuellement se trouve à avouer sa vulnérabilité dans une société qui offre peu de modèles d'expression de la vulnérabilité masculine.

En ce qui touche la réaction suscitée par l'expérience d'avoir survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance, la plupart

des participants masculins du projet ont dit croire en l'existence d'un écart entre hommes et femmes, ajoutant que cet écart façonnait leur propre quête de soins et, du coup, influençait les traitements reçus de la part des praticiens et praticiennes de la santé. De l'avis général des participants, les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé se montrent sceptiques à l'endroit d'hommes qui divulguent les agressions sexuelles dont ils auraient été victimes, prenant leur malheur moins au sérieux que celui des femmes ayant connu le même sort. En outre, d'aucuns perçoivent l'agression sexuelle commise par une femme à l'endroit d'un homme comme une expérience « privilégiée » qu'aurait dû savourer ce dernier. À l'instar de Ramona Alaggia¹, Guy Holmes et ses collaborateurs⁸⁵ rappellent que de telles perceptions sont répandues. Les médias y contribuent en qualifiant de « rapports sexuels »

les agressions commises par des femmes adultes à l'endroit de garçons^{p. ex.,34,148}. Le fait que les agressions sexuelles commises par des femmes ciblent plus souvent les garçons que les filles²⁹ risque d'alimenter le mythe à propos du caractère normatif (plutôt que violent) des activités sexuelles entre femmes et garçons, tout en perpétuant « le rôle qui incombe aux hommes de rechercher les expériences sexuelles précoces avec des femmes »^{13p.225} [traduction].

Bien que la lutte contre l'homophobie ait progressé de façon générale dans la société, certains des participants masculins du projet ont dit craindre que la divulgation de leurs antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance n'incite les praticiens et praticiennes de la santé à les croire homosexuels. D'autres ont expliqué que l'expérience des mauvais traitements avait fait naître en eux un fort ressentiment à l'égard de personnes perçues comme homosexuelles (y compris des praticiens et praticiennes de la santé) :

J'ai dû me rendre à l'hôpital pour régler un problème touchant certains des médicaments [que je consommais]. Là, il y avait un infirmier visiblement efféminé qui devait m'administrer un médicament par voie intraveineuse. J'ai refusé parce que je ne voulais pas qu'il me touche (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)^{166p.506}.

Bien que d'aucuns puissent y voir la manifestation d'une homophobie intériorisée, de telles craintes témoignent peut-être aussi de l'omniprésence, dans la société, du mythe voulant que la violence sexuelle pendant l'enfance provoque l'homosexualité chez les garçons et les filles¹³¹.

① Section 3.6 – Questions relatives à la sexualité et à l'orientation sexuelle

3.3 Croyances sociales à propos du cycle de la violence

À l'échelle de la société, il existe un mythe voulant que les hommes ayant survécu à une agression sexuelle se soient déjà transformés en agresseurs ou le deviennent tôt ou tard. Cette croyance alourdit la facture émotionnelle

qui accompagne la victimisation pendant l'enfance. D'ordinaire, les médias s'affairent davantage à dépeindre les hommes ayant survécu à une agression sexuelle comme des agresseurs en puissance⁴¹ qu'à s'intéresser aux données contestant cette idée¹¹⁵. Bien qu'il n'existe aucune preuve concluante de l'existence d'un tel lien de causalité^{p. ex.,68,136} et bien que de nombreux agresseurs masculins ne fassent état d'aucun antécédent de violence sexuelle pendant l'enfance⁹⁹, certains hommes ayant survécu à une agression sexuelle continuent de craindre — à

l'instar du grand public — que le destin ne les pousse à leur tour à pratiquer la violence sexuelle^{85,115,132}. De même, certaines femmes ayant survécu à des sévices

sexuels redoutent d'infliger les mêmes mauvais traitements à des enfants ou d'être perçues comme des agresseuses en puissance.

3.4 Transfert et contre-transfert

Introduits par Freud dans un cadre de psychanalyse, les concepts de transfert et de contre-transfert désignent des expériences humaines courantes que doit comprendre toute personne qui travaille dans le secteur des services sociaux. Un *transfert* survient lorsqu'un individu transpose, dans une expérience présente, des pensées, des sentiments et/ou des croyances qui se rapportent à des situations passées. De l'avis général, le transfert est une pratique plus ou moins fréquente chez tous les humains. Certains transferts sont positifs ou neutres ; d'autres sont

Selon les participants, les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé se montrent sceptiques à l'endroit d'hommes qui divulguent les agressions sexuelles dont ils auraient été victimes, prenant leur malheur moins au sérieux que celui des femmes ayant connu le même sort.

D'ordinaire, les médias s'affairent davantage à dépeindre les hommes ayant survécu à une agression sexuelle comme des agresseurs en puissance qu'à s'intéresser aux données contestant cette idée.

négatifs et nuisent à un fonctionnement sain et adapté. Par exemple, un adulte ou une adulte ayant sans cesse essuyé les critiques d'un symbole d'autorité risque d'avoir grandi en pensant que les symboles d'autorité trouvent toujours matière à redire et, par conséquent, d'avoir tendance à déceler des reproches dans les propos les plus innocents. De même, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance risquent de réagir négativement à un praticien ou à une praticienne de la santé qui, par son allure, son sexe ou ses traits particuliers, leur rappelle un agresseur ou une agresseuse. La dynamique du transfert permet de comprendre les réactions de ces personnes lorsqu'elles n'ont rien à voir avec le praticien ou la praticienne avec qui elles échangent ou encore avec la nature de la rencontre avec le praticien ou la praticienne. Par ailleurs, en connaissant bien le mécanisme de transfert, les praticiens et praticiennes de la santé seront moins portés à juger désobligeantes les réactions négatives de leurs patients ou patientes.

Le *contre-transfert* repose sur la même dynamique que le transfert, mais survient lorsqu'un praticien ou une praticienne de la santé réagit à un patient ou une patiente par des pensées, des sentiments et/ou des croyances qui se rapportent à son propre passé. Par exemple, en présence d'un patient ou d'une patiente qui lui rappelle un enseignant ou une enseignante sévère et irritable, le praticien ou la praticienne risque d'éprouver une anxiété démesurée, compte tenu de la situation objective qui se vit.

Le contre-transfert peut également agir sur la réaction émotionnelle prévisible d'un praticien ou d'une praticienne à l'égard d'un patient ou d'une patiente, tout particulièrement si ce dernier ou cette dernière se livre au transfert de ses propres expériences passées. Par exemple, un contre-transfert pourrait fort bien dicter les réactions du praticien ou de la praticienne qui se fâche ou qui adopte une attitude défensive face à l'agressivité manifestée, par voie de transfert, par

un homme ou une femme ayant survécu à une agression sexuelle qui croit à tort déceler, chez son interlocuteur ou son interlocutrice, la même indifférence à l'égard de son bien-être que celle dont faisaient preuve jadis ses parents.

Il est tout naturel qu'un transfert négatif de la part d'un patient ou d'une patiente éveille des sentiments négatifs chez les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé. Cependant, ces derniers doivent s'efforcer de refréner ces sentiments et de réagir avec professionnalisme. Par exemple, il sera sans doute plus fructueux de s'enquérir des motifs de l'hostilité du patient ou de la patiente que d'y répondre avec colère. La déontologie des pourvoyeurs et des pourvoyeuses de soins de santé leur impose un effort constant de prise de conscience et de réflexion critique sur leur pratique afin de reconnaître les situations où ils réagissent de façon préjudiciable au transfert exercé par un patient ou une patiente ainsi que les situations où ils se livrent eux-mêmes à un contre-transfert. En outre, les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé doivent se

Il est tout naturel qu'un transfert négatif de la part d'un patient ou d'une patiente éveille des sentiments négatifs chez les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé. Cependant, ces derniers doivent s'efforcer de refréner ces sentiments et de réagir avec professionnalisme.

répéter sans cesse qu'ils sont tenus de traiter leurs patients et patientes avec professionnalisme, et ce, même s'ils sont contrariés ou si la personne les juge trop sévèrement, les provoque ou éveille

en eux des sentiments négatifs. S'ils ont du mal à répondre à ces exigences déontologiques, les praticiens et praticiennes doivent réfléchir à la situation et aux motifs qui dictent leurs réactions ainsi que prendre des mesures appropriées pour prévenir tout préjudice direct ou indirect à l'endroit de leurs patients ou patientes. S'il remarque qu'une personne ou que certains comportements, traits de personnalité ou événements lui inspirent une réaction vive et récurrente, le praticien ou la praticienne de la santé aurait peut-être avantage à en discuter avec un superviseur ou une superviseuse ou avec un collègue ou une collègue de confiance.

3.5 Comportements et sentiments précis qui se manifestent lors de rencontres de santé

Méfiance à l'endroit des symboles d'autorité.

Tout au long du projet, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont relaté les violations commises pendant leur enfance par des symboles d'autorité, ajoutant que ces violations avaient éveillé en elles un sentiment de méfiance qui nuisait à leurs échanges avec les praticiens et praticiennes de la santé. Cette méfiance provient du passé et n'a rien d'un affront personnel. Tout de même, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle sont sans cesse à l'affût de preuves démontrant que les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé prennent des mesures actives et constantes pour se montrer dignes de confiance. Il est capital de savoir que certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle risquent d'associer les paroles rassurantes du praticien ou de la praticienne de la santé qui tente de calmer son patient ou sa patiente aux promesses creuses de sécurité lancées par l'agresseur ou l'agresseuse au moment d'infliger de mauvais traitements.

i Section 4.1 – Une considération essentielle : promouvoir un sentiment de sécurité pour la personne

Peur et anxiété. Les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont longuement évoqué la peur et l'anxiété immenses que suscitaient en elles les rencontres de santé. L'attente, la proximité des symboles d'autorité et l'incertitude concernant la suite des événements sont autant d'éléments qui captent les échos de sévices passés. Certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet ont même déclaré craindre que le praticien ou la praticienne de la santé ne les agresse :

[Dans la salle d'attente de la clinique, je me sentais] nerveuse et appréhensive, ne sachant pas exactement ce qui allait se passer ... au

sujet des vêtements ou ... du toucher ... tout simplement plongée dans le noir (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.252}.

Malaise à l'égard des personnes du même sexe que l'agresseur ou l'agresseuse. Pour certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle, le sexe d'une personne en situation d'autorité constitue un puissant « élément déclencheur » qui risque d'éveiller en elles un sentiment d'insécurité et de vulnérabilité. Cette vive réaction empêche certaines personnes ayant survécu à

Pour certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle, le sexe d'une personne en situation d'autorité constitue un puissant « élément déclencheur » qui risque d'éveiller en elles un sentiment d'insécurité et de vulnérabilité.

une agression sexuelle de réclamer des soins de la part de praticiens ou de praticiennes du même sexe que leur agresseur ou agresseuse :

[Un pourvoyeur de soins de santé et un assistant étaient] dans la pièce avec moi, j'avais enlevé mon pantalon, et ce bonhomme m'enduisait la jambe d'un gel [pour les ultrasons]. Je me sentais vraiment inconfortable ... même si ... il ne serait sans doute rien arrivé. Je n'aimais carrément pas me retrouver seule sans mon pantalon dans une pièce en compagnie de deux hommes. Ça donnait vraiment le frisson (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

J'ai été agressé par ma mère. Je n'aime pas que des femmes me touchent, surtout si elles me sont étrangères (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Éléments déclencheurs. Les examens ou les traitements risquent soit de « déclencher » des flashbacks, des souvenirs précis ou des sentiments écrasants comme la peur, l'anxiété, la terreur, le deuil ou la colère, soit d'accélérer l'apparition de ces symptômes. On entend par *flashback* le fait de revivre des événements passés. Certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle sont particulièrement sujettes à cette expérience, qui s'accompagne habituellement d'émotions intenses. Il arrive qu'un flashback atterre carrément la personne :

Cette matière visqueuse qu'on m'a mise m'a donné des flashbacks, des cauchemars et des insomnies. J'étais tout simplement incapable de gérer cette situation (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.257}.

i Section 7.6 – Éléments déclencheurs et dissociation

Dissociation. Les personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet ont fait état d'épisodes de dissociation lors d'échanges avec des pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé. Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd. text. rev.^{9p.519} (désigné par l'acronyme *DSM-IV-TR*), la dissociation est « une dislocation des fonctions habituellement intégrées de la conscience, de la mémoire, de l'identité ou de la perception de l'environnement » [traduction] qui survient brusquement ou progressivement et s'avère transitoire ou chronique. Certains auteurs^{p. ex., 120, 154} associent cette dislocation à un état de conscience divisée qui se caractérise par une fragmentation des dimensions communément intégrées de l'identité. Par ailleurs, la dissociation s'inscrit sur un continuum¹²⁰ où se trouvent, à une extrémité, « des expériences courantes comme la rêvasserie et le relâchement de l'attention, par le biais d'illusions de déjà vu ... [et, à l'autre extrémité,] un défaut pathologique d'intégrer les pensées, les sentiments et les actions »^{110p.806} [traduction].

D'affirmer le *DSM-IV-TR*, « dans de nombreuses sociétés, les états de dissociation sont l'expression courante et reconnue d'activités culturelles ou d'expériences religieuses » qui, le cas échéant, ne donnent habituellement pas lieu à « une détresse importante, une déficience ou une démarche visant à trouver de l'aide »^{9p.519} [traduction]. On ne peut donc y voir le diagnostic d'un trouble. Une expérience de dissociation fréquente à laquelle peuvent s'identifier la plupart des gens est l'*hypnose de la route*, ce phénomène où, au volant d'une voiture, la personne découvre soudain qu'elle n'a aucun souvenir d'une partie de son voyage, sinon du voyage tout entier¹¹⁹.

D'affirmer le *DSM-IV-TR*, « dans de nombreuses sociétés, les états de dissociation sont l'expression courante et reconnue d'activités culturelles ou d'expériences religieuses » qui, le cas échéant, ne donnent habituellement pas lieu à « une détresse importante, une déficience ou une démarche visant à trouver de l'aide »^{9p.519} [traduction]. On ne peut donc y voir le diagnostic d'un trouble. Une expérience de dissociation fréquente à laquelle peuvent s'identifier la plupart des gens est l'*hypnose de la route*, ce phénomène où, au volant d'une voiture, la personne découvre soudain qu'elle n'a aucun souvenir d'une partie de son voyage, sinon du voyage tout entier¹¹⁹.

De l'avis de l'International Society for the Study of Trauma and Dissociation⁸⁹, les expériences traumatisantes exercent une fonction importante dans l'émergence de divers troubles dissociatifs pathologiques. D'aucuns croient que, sur le coup, la dissociation est une stratégie efficace d'adaptation à des épisodes de stress extrême, semblables à ceux que suscite la violence sexuelle pendant l'enfance. Cependant, si elle se transforme en mécanisme d'adaptation à long terme, la dissociation risque d'aggraver un ensemble de troubles mentaux et de nuire aux relations, au concept de soi, au développement de l'identité ainsi qu'au fonctionnement adapté^{2,78}.

Les examens ou les traitements risquent soit de « déclencher » des flashbacks ou des sentiments écrasants comme la peur, l'anxiété, la terreur, le deuil ou la colère, soit d'accélérer l'apparition de ces symptômes.

relations, au concept de soi, au développement de l'identité ainsi qu'au fonctionnement adapté^{2,78}.

Certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle

et participé au projet ont dit exercer aucun contrôle continu sur le mécanisme qui les pousse à « échapper » instantanément à une situation (généralement stressante). Quelques-unes ont même déclaré avoir ignoré pendant des années qu'elles avaient une propension à la dissociation. Une fois plongées dans un état dissociatif, certaines personnes ont l'impression de vivre à l'extérieur de leur corps et d'assister de loin aux événements qui se déroulent. D'autres, plus simplement, s'emmurent dans le mutisme, portent un regard vide sur l'horizon ou semblent ne plus avoir conscience de leur environnement. Au terme d'un épisode de dissociation, la personne ne garde souvenir de rien ; désorientée, elle risque d'avoir du mal à replonger dans le présent :

[Au cours d'une séance de physiothérapie], ce même sentiment d'appréhension m'envahissait, et je m'adaptais de la même façon que lors de mes agressions ... m'efforçant simplement de ne pas sentir mes bras et de cesser d'être vraiment là (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{157p.182}.

Douleur physique. Pour certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle, douleur physique aiguë et/ou chronique rime parfois avec sévices passés. Cette association peut se manifester de différentes façons (p. ex., certaines personnes ont appris à ignorer la douleur

ou à s'en dissocier alors que d'autres y sont hypersensibles) :

Je crois que parfois, lorsque des personnes ayant survécu à une agression sexuelle ressentent la douleur au retour de la physiothérapie, cela nous ramène ... à l'enfance ... quand la douleur nous assaillait ... et personne ne réagissait. Si tu verbalisais ta douleur ... on la banalisait ou alors tu faisais l'objet de menaces [afin que tu gardes le silence] (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.256}.

Les traitements risquent de souffrir de tout conflit pouvant opposer le besoin de faire soigner un problème d'ordre physiologique et la difficulté qu'éprouvent certaines personnes à s'occuper de leur propre corps.

m'est très difficile à faire sur le plan physique.

Quand tu n'habites pas ton corps, il ne devient plus qu'une sorte de véhicule dans lequel tu te déplaces (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.255}.

Les traitements risquent de souffrir de tout conflit pouvant opposer le besoin de faire soigner un problème d'ordre physiologique et le sentiment d'ambivalence ou d'aversion qu'éprouvent certaines personnes à l'égard de leur corps. Ainsi, ces personnes risquent de faire fi de symptômes qui favoriseraient la pose d'un diagnostic exact, expliqueraient la réaction à un traitement donné ou mineraient la capacité d'autosurveillance des effets d'une médication ou d'une intervention.

i Section 2.5 – Effets sur la santé de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants

Section 7.1 – Douleur

Ressources et ouvrages recommandés – Ouvrages sur la violence sexuelle à l'endroit d'enfants et sur les traumatismes connexes (tout particulièrement van der Kolk et McFarlane¹⁷² et van der Kolk¹⁷⁰)

Ambivalence à l'égard du corps. De nombreuses personnes ayant survécu à une agression sexuelle éprouvent des sentiments de haine, de honte et

de culpabilité à l'endroit de leur corps. Pendant l'enfance, certaines d'entre elles acquièrent la conviction de devoir les mauvais traitements infligés par l'agresseur ou l'agresseuse à un attribut de leur

propre corps ou de leur propre personne — une croyance qui risque d'être renforcée si la victime tire un quelconque parti des sévices subis (p. ex., attention spéciale ou excitation sur le plan physiologique)^{85,132}. Chez certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle, la honte et le sentiment de culpabilité se traduisent parfois par une séparation du corps ou par une ambivalence à l'égard de ce dernier :

[L'attention que je porte à mon corps] fluctue selon le point où j'en suis rendue et le succès que j'ai à décider de me soigner ou non. Cela

La violence apprend parfois aux enfants à éviter de se faire entendre ou de contester les symboles d'autorité. Ainsi, à l'âge adulte, certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont du mal à exprimer leurs besoins à un praticien ou une praticienne de la santé qu'elles perçoivent comme un symbole d'autorité.

[La praticienne de la santé a fait quelque chose et] ça m'a vraiment foutu les boules, mais ... je n'ai rien laissé paraître, car nous n'avons pas l'habitude de révéler ce qui nous pose problème.

On se contente de gérer la situation du mieux qu'on peut ... en se dissociant ou que sais-je encore (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.254}.

Actes autodestructeurs. Certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle commettent des actes autodestructeurs (p. ex., égratignures, coupures ou brûlures cutanées) pour tenter de s'adapter aux sentiments de détresse qui les affligent de longue date. Les praticiens et praticiennes de la santé reconnaîtront de tels actes aux blessures que porte le patient ou la

patiente aux bras, aux jambes ou à l'abdomen. Parfois, l'autodestruction revêt des formes plus subtiles, notamment quand une personne ignore les enseignements ou recommandations sanitaires visant les traitements ou la gestion des symptômes (p. ex., refus de revoir la cadence de vie malgré des douleurs et une fatigue ou défaut de respecter un régime de traitement du diabète).

De nombreux motifs peuvent pousser les personnes ayant survécu à une agression sexuelle à s'autodétruire. Ainsi, en agissant de la sorte, elles oublieraient la douleur émotionnelle qui les accable, feraient porter la douleur sur une partie précise de leur corps ou tenteraient de faire cesser un épisode de dissociation ou d'engourdissement. Certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle posent des actes autodestructeurs afin de retrouver le sentiment de posséder ou de contrôler leur corps. D'autres cherchent à punir ou à expier des torts qu'elles croient avoir commis⁴⁶. Dusty Miller¹⁰⁶ fait valoir que les actes autodestructeurs comptent parmi un éventail de comportements de destruction de soi qui s'inscriraient dans une démarche inconsciente de répétition des traumatismes passés.

3.6 Questions relatives à la sexualité et à l'orientation sexuelle

Comme bien d'autres éléments de la société, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle s'interrogent peut-être au sujet de leur sexualité ou de leur orientation sexuelle. Parmi elles, certains hommes ayant participé au projet ont fait état de conflits internes provoqués par leur incertitude concernant leur propre orientation sexuelle :

Cela vient de me frapper ! Dans les dossiers de violence sexuelle, il semble très, très courant de voir surgir la question de l'homosexualité lorsqu'il est question [d'hommes] ayant survécu à une agression. Suis-je homosexuel ? Voilà certainement un enjeu (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Certaines femmes ayant survécu à une agression sexuelle ont fait état de semblables conflits internes :

Les femmes ayant survécu à une agression sexuelle commise par une autre femme vivent aussi cette confusion entourant leur identité sexuelle et leur orientation sexuelle (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Le public tient souvent pour acquis que la violence sexuelle est une « cause » de l'homosexualité et que les victimes homosexuelles risquent de céder elles-mêmes à l'appel de cette violence. Parmi les personnes ayant pris part à l'étude, celles qui se déclaraient homosexuelles ont dit que de telles hypothèses leur occasionnaient des ennuis :

Les gens supposent que si tu es gai, c'est parce que c'est ta mère [qui t'a agressé]. Cela ne tient pas debout, étant donné que l'agression est l'œuvre d'une femme. Ou alors ils croient qu'étant gai et ayant subi des sévices sexuels, tu deviendras un pédophile. Ces attitudes ont été manifestées par des personnes à qui j'ai divulgué mon histoire. De nombreuses couches entrent en jeu dans cette affaire. Les préjugés risquent de poser un grave problème en ce qui touche les praticiens et les praticiennes de la santé. Ces gens vont supposer certaines choses (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Parmi les personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet, rares sont celles qui ont soulevé la question de l'orientation sexuelle dans le cadre de leurs échanges avec des praticiens et praticiennes de la santé. Cependant, parmi les praticiennes et praticiens ayant pris part au projet et commenté les différentes versions du *Manuel de pratique*, bon nombre ont fait valoir que leur profession oubliait souvent de tenir compte de l'identité sexuelle et de l'orientation sexuelle des patients et patientes. À coup sûr, il importe de reconnaître les défis que risquent de poser les questions de sexualité — et de façon générale les questions d'intimité — pour les hommes et les femmes ayant connu la violence sexuelle pendant l'enfance. Cette affirmation vaut

pour une fraction des individus ayant survécu à une agression sexuelle qui entretiennent des relations hétérosexuelles ainsi que pour *certaines* personnes qui entretiennent des relations homosexuelles et *certaines* personnes qui se définissent comme gaies, lesbiennes, bisexuelles ou transgenres.

De façon générale, il est « anormal » ou « répréhensible », aux yeux de la société, qu'une personne soit gaie, lesbienne, bisexuelle ou transgenre. Par conséquent, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle — au même titre que les praticiens et les praticiennes de la santé — imputent parfois l'attraction homosexuelle à

des antécédents de violence sexuelle. Dans une communication personnelle faite en 2007, Shoshana Pollack, professeure

à la Faculté de travail social de la Wilfrid Laurier University, remarque que « la promotion d'une telle hypothèse chez les patients et patientes fait fi d'un élément important, à savoir que la violence sexuelle pendant l'enfance occasionne une sexualisation traumatisante et sème souvent, chez les personnes qui y survivent, une confusion à propos notamment : de la manière de se livrer à des activités sexuelles au sens large ; de leurs préférences sexuelles (à l'égard non seulement du sexe des partenaires, mais aussi des pratiques sexuelles) ; du sens à donner à l'attraction homosexuelle qu'elles éprouvent ou non (selon le cas) ; et du sens à donner au fait qu'elles n'aient pas éprouvé cette attraction au moment de subir, pendant l'enfance, de mauvais traitements de la part d'un agresseur ou d'une agresseuse du même sexe (s'il y a lieu) » [traduction].

Les personnes ayant subi des sévices sexuels pendant l'enfance qui entretiennent (ou ont entretenu) des relations homosexuelles doivent souvent composer avec des pensées négatives à leur propre sujet, lesquelles sont le reflet de stéréotypes négatifs dictés par la société. Par exemple, certaines de ces personnes risquent de se faire des réflexions comme « je suis vilain ou vilaine parce que j'ai subi de mauvais traitements » ou « je suis *très vilain* ou *très vilaine* parce que j'ai subi de mauvais traitements et en ai retiré une attraction homosexuelle ». De telles pensées doivent être perçues comme la manifestation d'attitudes sociales hétérosexistes et homophobes intériorisées qu'il importe de contester et de perlaborer (Shoshana Pollack, communication personnelle, 2007).

Il n'existe aucune étude pour appuyer la thèse de l'existence d'une association entre la violence sexuelle pendant l'enfance et le développement d'une identité gaie, lesbienne, bisexuelle ou transgenre.

Il n'existe aucune recherche

pour appuyer la thèse d'une association entre la violence sexuelle pendant l'enfance et le développement d'une identité gaie, lesbienne, bisexuelle ou transgenre¹³¹. Un sondage en ligne réalisé auprès de femmes lesbiennes ou bisexuelles âgées de dix-huit à vingt-trois ans a révélé que moins de la moitié des répondantes ayant subi des violences sexuelles pendant l'enfance croyaient que ces violences avaient façonné leurs sentiments à propos de la sexualité ou leur choix de méthode pour « sortir du placard ». Parmi les répondantes ayant fait état d'un tel lien, certaines jugeaient que les mauvais traitements n'avaient nullement altéré la perception de leur orientation sexuelle, ajoutant que cette dernière n'avait rien à voir avec leur expérience de violence sexuelle pendant l'enfance.

4 Principes pour la pratique sensible

4.1 Une considération essentielle : promouvoir un sentiment de sécurité pour la personne

Je commence maintenant à comprendre qu'il existe un lien très étroit entre mon bien-être physique et mon état émotif. Si je ne suis pas à l'aise, si je ne me sens pas en sécurité, alors je ne pourrai progresser aussi rapidement que le voudrait [le praticien ou la praticienne de la santé] (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Le but primaire de la pratique sensible consiste à éveiller un sentiment de sécurité chez le client ou la cliente.

De l'avis de presque tous les participants et participantes du projet, les neuf thèmes qui sont décrits ci-après contribuent de façon importante à rassurer les clients et clientes lors de leurs échanges avec des praticiens ou des praticiennes de la santé. Ces thèmes sont si essentiels à l'éveil du sentiment de sécurité recherché que les auteurs du présent manuel les érigent en *principes pour la pratique sensible*. Tout au long du projet, une vision s'est imposée aux auteurs : celle qui fait de la sécurité un parapluie protecteur dont l'armature est constituée des principes pour la pratique sensible. Lorsque ce parapluie est ouvert, *la personne se sent en sécurité*, et elle peut participer à l'examen ou au traitement en cours. Bien que la plupart des principes comptent parmi les soins axés sur les patients et patientes (voir Stewart¹⁶²), ils revêtent une importance toute particulière dans un cadre teinté par la violence sexuelle pendant l'enfance ou par d'autres formes de violence interpersonnelle.

Le but primaire de la pratique sensible consiste à éveiller un sentiment de sécurité chez le client ou la cliente.

Les praticiens et praticiennes de la santé ont tous affaire à de nombreux patients et patientes ayant des antécédents de violence. Les principes pour la pratique sensible forment donc le noyau d'une démarche fondamentale qui devrait s'appliquer à l'ensemble des clients et clientes.

Véritable abus de confiance, la violence sexuelle à l'endroit d'enfants est l'antithèse de la sécurité. À en croire les témoignages de personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet, les agresseurs ou agresseuses émaillent souvent leurs sévices de paroles rassurantes que démentent pourtant les gestes qu'ils accomplissent. Chez certains adultes ayant survécu à l'expérience de la violence sexuelle, de telles paroles risquent de déclencher une réaction de peur et d'anxiété. De toute évidence, afin de reconforter ces personnes lors des rencontres de santé, les praticiens et praticiennes ne peuvent se contenter d'affirmer

qu'elles n'ont rien à craindre. Pour leur inspirer un sentiment de sécurité, ils doivent plutôt tout mettre en œuvre pour respecter les principes pour la

pratique sensible. Comme l'affirmait un praticien ou une praticienne dans le cadre des consultations liées au projet, ces principes définissent une norme de pratique et l'assortissent d'une marche à suivre concrète et précise.

À leur insu ou non, les praticiens et praticiennes de la santé ont tous affaire à de nombreux patients et patientes ayant des antécédents de violence sexuelle, physique, psychologique ou autre. Les principes pour la pratique sensible

forment le noyau d'une démarche fondamentale qui devrait s'appliquer à l'ensemble des clients et clientes. En ce sens, ils s'apparentent aux guides de prévention

des infections — souvent dits « pratiques de base » ou « formalités universelles » — qui s'inscrivent aujourd'hui dans la pratique quotidienne de tous les milieux de santé. Autant les cliniciens et cliniciennes ignorent parfois les antécédents d'une personne sur le plan des infections, autant ils

ignorent ses expériences sur le plan des violences subies par le passé. En intégrant les principes pour la pratique sensible aux normes de soins, les praticiens et praticiennes de la santé atténuent le risque de porter préjudice par inadvertance à leurs patients et patientes ou clients et clientes.

4.2 Les neuf principes pour la pratique sensible

Premier principe : faire preuve de respect

Pour la personne ayant subi de mauvais traitements, ça compte énormément [de sentir le respect des autres] (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Le *Grand dictionnaire terminologique* de l'Office de la langue française¹²² entend par *respect* un « sentiment de considération éprouvé à l'égard d'une personne en raison de sa position sociale, de son mérite ou de la valeur humaine qu'on lui reconnaît ». Faire preuve de respect envers autrui,

c'est percevoir l'autre comme l'incarnation d'une personne distincte, dotée de croyances, de valeurs, de besoins et d'antécédents qui lui sont propres. C'est reconnaître la valeur particulière de tout individu, surseoir aux jugements critiques à son endroit et imposer avec conviction et compassion le respect des droits humains fondamentaux⁴⁵.

Du fait que les mauvais traitements minent l'autonomie et les limites personnelles, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle se sentent souvent amoindries comme êtres humains. De plus, elles risquent d'être sensibles à toute marque d'irrespect. De nombreuses personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont déclaré se sentir mieux respectées en raison de l'acceptation et de l'écoute offertes par un praticien ou une praticienne de la santé :

J'ai besoin d'avoir ... la capacité de me rapprocher du praticien ou de la praticienne ... [pour] ne pas être ... un simple numéro ... me sentir respectée ... [et] sentir que je possède à mon sujet des renseignements utiles à

FIGURE 1.
Le parapluie protecteur



partager ... [J'ai besoin de] savoir que j'ai le droit d'être déconcertée dans son bureau, qu'il ou elle m'accorde le droit d'être vexée et effrayée en sa présence. Non pas que je compte agir ainsi ... mais parfois ces choses surviennent lorsqu'il est question de maladie. Et [j'ai besoin de] ne pas être rabaissée ... ou jugée pour autant (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Deuxième principe : prendre le temps

De nos jours, les cliniciens et cliniciennes ont sans cesse à trouver un juste équilibre entre le maintien de la qualité des soins et le respect des contraintes de temps qui affligent le système de santé. Hélas, dans cette conjoncture, les clients et clientes ont souvent l'impression d'être traités comme les articles d'une chaîne de montage qui s'étire à l'infini. Pareille situation aggrave le sentiment de dépersonnalisation et de dépréciation qu'éprouvent les personnes ayant survécu à une agression sexuelle. Certaines de ces dernières se sentent menacées dès qu'on les bouscule ou qu'on les traite comme des objets, ce qui sape les efforts visant à leur dispenser des soins.

L'augmentation du rapport entre le nombre de patients ou de patientes et le nombre de cliniciens ou de cliniciennes risque d'inciter les seconds à s'orienter exclusivement sur la tâche à accomplir et à s'interroger sur l'à-propos de prendre le temps de *vraiment écouter* les premiers. Il ne faut pas oublier que le sentiment d'être sincèrement écouté ou écoutée — donc d'être véritablement estimé ou estimée — revêt une valeur curative en soi. Dans certains cas, il s'agit peut-être même de l'intervention la plus efficace que puisse offrir le clinicien ou la clinicienne :

Ce sont les praticiens et praticiennes de la santé qui ... arrêtent et vous consacrent un moment, et ce moment-là compte parmi les principaux

ingrédients de la guérison (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

- ❶ Sixième principe – Respecter les limites
Section 6.5 – La question du temps
Section 8.4 – Comment réagir efficacement en cas de divulgation

Troisième principe : établir de bons rapports

Certains témoignent de l'empathie, de la compassion, un intérêt spécial ... En leur présence, je me sens comme une personne plutôt que comme un simple dossier à traiter (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Toute relation thérapeutique doit pouvoir compter sur l'établissement de bons rapports. Ces derniers

jouent un rôle indispensable lorsqu'il s'agit de rassurer des personnes ayant survécu à une agression sexuelle. Les praticiens et praticiennes qui font preuve de cordialité et de compassion parviennent plus facilement à établir de bons rapports avec leurs clients et clientes pour ensuite mieux les sécuriser :

Faire preuve de respect envers autrui, c'est percevoir l'autre comme l'incarnation d'une personne distincte, dotée de croyances, de valeurs, de besoins et d'antécédents qui lui sont propres.

Le sentiment d'être sincèrement écouté ou écoutée — donc d'être véritablement estimé ou estimée — revêt une valeur curative en soi. Dans certains cas, il s'agit peut-être même de l'intervention la plus efficace que puisse offrir le clinicien ou la clinicienne.

[Pour la praticienne de la santé que j'ai consultée], je n'étais qu'un cas parmi tant d'autres. Parfois, elle répondait à un appel. Je n'étais qu'un nom

*de plus sur une [fiche de recommandation] ... Elle se désintéressait complètement de moi. Aucun signe de cordialité ... Je ne me suis pas sentie en sécurité, faute de reconnaître en elle une personne avec qui je pourrais parler, peu importe le sujet ! Elle n'avait tout simplement **aucun intérêt** (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.252}.*

En plus d'inspirer un sentiment de sécurité, l'établissement de bons rapports favorise une communication claire et stimule la collaboration. Lors des consultations réalisées dans le cadre du projet, tant les personnes ayant survécu à une agression sexuelle que les praticiens et praticiennes ont convenu que la qualité des rapports était en fonction de l'attention sans réserve portée par le clinicien ou la clinicienne ainsi que de l'accent mis sur le client ou la cliente.

Le choix d'une allure générale qui marie professionnalisme et compassion sincère favorise le développement d'un sentiment de sécurité et facilite la définition et le maintien de limites appropriées.

L'atteinte d'un juste équilibre entre professionnalisme et obligeance, propice à l'établissement de rapports positifs, dépend en partie du style des personnes, mais peut aussi se cultiver avec la pratique. Les cliniciens et cliniciennes qui, par professionnalisme, se montrent froids et distants ont peu de chances de se rapprocher positivement de leurs clients et clientes. À l'inverse, un style exagérément familier risque d'être jugé envahissant, voire irrespectueux. Le choix d'une allure générale qui marie professionnalisme et compassion sincère favorise le développement d'un sentiment de sécurité et facilite la définition et le maintien de limites appropriées.

Quatrième principe : partager l'information

[Toujours] il expliquait le pourquoi de tous ses gestes. C'était vraiment chouette ! ... Il ne se contentait pas de m'appliquer des trucs en me laissant dans le noir. Ou encore s'il posait des questions, tu n'avais pas à deviner ses intentions. « Pourquoi voulez-vous savoir cela ? » Je dois dire que c'est mon sport, de tirer des conclusions hâtives ! ... Il suffirait de dix secondes à la personne pour dire « voici pourquoi je vais faire ceci ». Ça éviterait au cerveau de s'emballer (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

La plupart des gens tendent à être moins anxieux lorsqu'ils savent à quoi s'attendre que dans la situation contraire. Pareille connaissance importe tout particulièrement pour les personnes ayant survécu à une agression sexuelle. Comme l'ont

souligné de nombreuses personnes violentées consultées dans le cadre du projet, les gestes qu'accomplissent les praticiens et praticiennes de la santé échappent souvent aux patients et patientes, qui ne peuvent ainsi anticiper la suite. Le partage continu de renseignements à ce sujet contribue à calmer la peur et l'anxiété des personnes ayant subi de mauvais traitements, ce qui prévient parfois le déclenchement de réactions suscitées par des événements imprévus :

À mon avis, ils devraient prendre cinq minutes au début pour expliquer « voici ce que [je] dois faire pour déterminer le meilleur traitement pour vous ». Ainsi on pourrait se préparer, non ? Il est très, très difficile de composer avec la surprise ... et en étant préparée, en n'ayant pas cette peur de l'inconnu, alors je ne risque pas que quelque chose qu'on me fasse déclenche une réaction qui éveille en moi les souvenirs de mauvais traitements (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.255}.

Le pire, ce sont les surprises (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Dans bien des cas, en fournissant des renseignements écrits sur le déroulement des rendez-vous, les cliniciens et cliniciennes peuvent amorcer le partage d'information avant même de rencontrer leurs nouveaux patients ou nouvelles patientes. Par ailleurs, certains cliniciens et cliniciennes choisissent de commenter leurs gestes au fur et à mesure qu'ils les accomplissent. Cette pratique ne prend pas plus de temps, peut servir à instruire les patients et patientes et s'avère immensément rassurante pour ces derniers.

i Annexe E – Exemple de présentation d'un établissement

Comme le laisse entendre le libellé du quatrième principe, *partager l'information* suppose une démarche mutuelle d'échange de renseignements où chaque partie se sent écoutée et comprise. D'entrée de jeu, une méthode consiste d'abord à

demander aux patients et patientes de préciser les données qu'ils souhaitent ou doivent obtenir, puis à les inviter à poser des questions :

[La clinicienne] enrichit [le traitement] en y apportant une expertise et un savoir précis ... À la lumière de ce que je sais et de ce que je peux lui dire, j'espérerais qu'elle puisse ... évaluer la situation et proposer des choix ... Ainsi, au lieu de nous cantonner dans nos rôles, elle l'experte et moi la patiente, nous pourrions faire équipe comme communicatrices à propos de mon corps. Voilà ce qui me plairait (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{144p.82}.

En outre, le praticien ou la praticienne de la santé doit sans cesse demander une rétroaction à propos des réactions que suscitent, chez le patient ou la patiente, les examens, les traitements ou les interventions, et ce, tout au long de chaque rencontre et avant la rencontre suivante. D'inviter ainsi à la verbalisation des réactions importe tout particulièrement pour les personnes en proie à des réactions indésirables — flashbacks, cauchemars ou autres — à la suite d'une rencontre. (Par exemple, dans le cadre du projet, un homme ayant été victime de violences buccales a déclaré avoir fait des cauchemars à répétition dans les jours suivant la pose d'un appareil orthodontique.)

Cinquième principe : partager le contrôle

L'un des éléments fondamentaux de la victimisation sexuelle a trait à la situation de la personne qui voit l'agresseur ou l'agresseuse lui voler le contrôle de son corps. On comprend donc que, chez les patients et patientes, la préservation du contrôle personnel s'avère primordiale à l'éveil et au maintien d'un sentiment de sécurité lors d'échanges avec des pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé qui exercent un certain pouvoir.

J'apprends qu'à défaut de me sentir aux commandes [de la situation] ... je me retire

en douce (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.255}.

Bien que la dynamique de la relation d'aide soit l'affaire des deux parties, une responsabilité particulière incombe au praticien ou à la praticienne de la santé, qui jouit d'un statut social privilégié et a reçu une formation spéciale en ce sens. Qu'ils soient écrits ou verbaux, les contrats relatifs aux soins, à la thérapie et aux services offerts par les praticiens et praticiennes sont des outils qui servent à formuler les objectifs et à définir les paramètres de la relation d'aide ainsi qu'à clarifier les rôles et les responsabilités connexes. Le programme de traitements devrait prévoir une discussion franche et pratique de ces questions, de façon à minimiser le risque de malentendu ou d'erreur de communication

Comme le laisse entendre le libellé du quatrième principe, *partager l'information suppose une démarche mutuelle d'échange de renseignements où chaque partie se sent écoutée et comprise.*

tout en resserrant le lien de confiance établi conjointement par le patient ou la patiente et le praticien ou la praticienne de la

santé. Faire fi d'une telle discussion reviendrait à imputer des dons de clairvoyance aux deux parties et à croire chacune d'elles capable de comprendre les paroles, les motifs et les buts de l'autre, clairement et sans effort délibéré.

Le partage du contrôle des constituants de l'échange entre patients ou patientes et cliniciens ou cliniciennes permet aux bénéficiaires de participer activement à leurs propres soins de santé, par opposition à subir passivement des traitements. Ainsi, le clinicien ou la clinicienne ne *travaille* pas auprès de ses clients et clientes, mais *collabore* plutôt avec eux :

[Le praticien ou la praticienne de la santé devrait dire] « si cette façon de procéder vous indispose, peut-être pourrions-nous effectuer des ajustements ou procéder autrement pour que vous vous sentiez plus à l'aise. Aidez-nous, aidez-nous à vous aider ! Communiquons ! Discutons ! Je ne peux lire vos pensées ... Je me soucie assez de vous pour vous consulter. Pour vous impliquer dans la démarche de guérison plutôt que vous l'imposer. » Il faut être dans le

coup (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Bien plus qu'une simple responsabilité légale, la vérification du consentement éclairé est un élément crucial du partage du contrôle. Pour demander le consentement de la personne, il faut à la fois l'informer, la consulter et lui proposer des choix :

Voilà l'approche me convient ! Cette mainmise immédiate, cette prise en charge sans consultation et sans possibilité de choix ... c'est pour moi la première source d'anxiété ... Par exemple, si tu t'étends sur une table [le praticien ou la praticienne de la santé pourrait dire], « ça vous va, de vous étendre sur le côté ? » ou « préférez-vous vous étendre sur le dos ? » plutôt que « étendez-vous sur le dos » ... Cela renvoie en quelque sorte à la pédagogie : « Voici ce que nous allons faire et voici ce que j'attends de vous ! » ... Bref, d'abord vient l'information, puis le choix (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

Le partage du contrôle des constituants de l'échange entre patients ou patientes et cliniciens ou cliniciennes permet aux bénéficiaires de participer activement à leurs propres soins de santé, par opposition à subir passivement des traitements.

primordial au développement d'un sentiment de sécurité, et c'est pourquoi ce thème fait l'objet d'un principe distinct du premier principe pour la pratique sensible (« faire preuve de respect »). Dans bien des cas, les cliniciens et cliniciennes qui dispensent des soins de santé doivent travailler très près des patients et patientes et obtenir d'eux des renseignements personnels. Lors des consultations menées dans le cadre du projet, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont déclaré se sentir bafouées par les praticiens et praticiennes de la santé qui accomplissaient des gestes ou posaient des questions sans s'expliquer ou demander la permission au préalable.

Parfois, la transgression des limites personnelles du client ou de la cliente est tout à fait involontaire. Par exemple, un praticien pressé ou une praticienne pressée risque d'oublier de demander le consentement d'une personne

avant d'enclencher une formalité. Bien qu'elle puisse s'avérer opportune pour le praticien ou la praticienne, une telle action fait fi du besoin

de contrôle et d'autonomie du client ou de la cliente. Dans le même ordre d'idées, si elle est posée avant l'étape de l'établissement de bons rapports, une question très personnelle risque d'être perçue comme une atteinte psychologique :

[Les craintes que je nourris à l'endroit des praticiens ou praticiennes de la santé] sont liées aux problèmes que j'ai vécus pendant l'enfance. Ces problèmes me touchent encore, et si quelqu'un s'apprête à franchir mes ... ce que j'appelle mes limites personnelles, l'espace qui m'entoure, que je revendique pour moi ... si quelqu'un s'apprête à pénétrer dans cet espace, je préfère que cette personne me dise exactement ce qu'elle y fait. Tout particulièrement lorsqu'il s'agit de médecins, car ils ont tendance à s'approcher ... avec les mains tendues pour faire leur travail. Je m'y refuse net, car les sentiments, le stress et les émotions qui m'envahissent sont franchement trop pénibles à supporter (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Section 6.6 – Consentement éclairé

Le praticien ou la praticienne de la santé doit aborder directement *tous* les clients et clientes — y compris ceux qui n'ont pas atteint l'âge de la majorité, qui ont une déficience intellectuelle ou qui communiquent par l'entremise d'un ou d'une interprète — et négocier avec eux la prestation des soins.

Sixième principe : respecter les limites

En tant que femme ayant survécu à une agression sexuelle, j'ai besoin de savoir que cette personne n'envahira pas mon espace. Qu'elle ne me fera aucun mal. Pas sur le plan physique nécessairement, mais plutôt sur le plan émotionnel (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{163p.95}.

Chez la plupart des personnes ayant survécu à une agression sexuelle, le respect des limites s'avère

Il faut toute une vie à une personne pour apprendre à connaître et à gérer ses limites. Les mauvais traitements pendant l'enfance s'accompagnent d'un flagrant mépris des limites, et ce mépris est porteur d'une leçon pour les victimes, à savoir que leurs besoins et leur volonté important peu. Pour bon nombre de personnes ayant survécu à une agression sexuelle, la guérison passe par la définition ou le rétablissement des limites personnelles et par l'apprentissage de stratégies efficaces de maintien des limites. En faisant preuve de respect et de sensibilité à l'égard des limites personnelles, les cliniciens et cliniciennes proposent un modèle de saines limites et renforcent le sentiment de valeur des patients et patientes tout en soulignant leur droit à l'autonomie personnelle.

En faisant preuve de respect et de sensibilité à l'égard des limites personnelles, les cliniciens et cliniciennes proposent un modèle de saines limites et renforcent le sentiment de valeur des patients et patientes tout en soulignant leur droit à l'autonomie personnelle.

Par ailleurs, il arrive aussi que les limites du clinicien ou de la clinicienne soient transgressées. Par exemple, le patient ou la patiente qui réclame sans cesse un prolongement de ses rendez-vous ou qui tente de joindre son praticien ou sa praticienne après les heures de travail tente peut-être de mesurer la fermeté des limites de ce dernier ou de cette dernière. Pour proposer un modèle utile aux patients et patientes qui ont du mal à maintenir leurs propres limites vis-à-vis des autres, le praticien ou la praticienne peut engager calmement un dialogue à propos du besoin de respecter sa vie privée et de la nécessité d'imposer des limites de temps. Il y a aussi danger de transgression de la part de personnes ayant survécu à une agression sexuelle qui tentent de conférer un caractère sexuel à leurs rapports avec le praticien ou la praticienne, du fait qu'elles ont appris dans l'enfance à tisser des liens sexuels avec des agresseurs ou agresseuses dominants. Pareille situation risque de s'avérer pénible pour tout praticien ou toute praticienne de la santé. La stratégie la plus utile consiste sans doute à réagir calmement sans chercher à blâmer qui que ce soit.



Deuxième principe – Prendre le temps

Le maintien des limites est une responsabilité fiduciaire qu'énoncent clairement les codes de déontologie, et toute infraction s'accompagne de sévères sanctions. Pour aborder les problèmes relatifs aux limites, une approche directe et pratique contribue à rassurer les patients et patientes et aide les praticiens et praticiennes de la santé à éviter des situations qui pourraient s'avérer dangereuses ou gênantes. Le maintien efficace des limites paraît simple à première vue,

mais ne l'est pas toujours vraiment. Tout au long de leur vie, les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé doivent y porter une attention constante. Le praticien ou la praticienne qui éprouve des ennuis particuliers à cet égard

devrait en parler avec un estimé collègue ou une estimée collègue, consulter un superviseur ou une superviseuse ou encore demander conseil à son ordre professionnel.

Septième principe : favoriser un apprentissage mutuel

Les principes pour la pratique sensible visent à rassurer les clients et clientes en présence d'autrui. Bon nombre des personnes ayant survécu à une agression sexuelle découvrent peut-être ce sentiment de sécurité à l'âge adulte, faute de l'avoir connu pendant l'enfance. Elles ont donc peut-être besoin d'encouragements pour aspirer à une participation active et à part entière à leurs propres soins de santé. Lors des consultations menées dans le cadre du projet, certaines de ces personnes ont évoqué l'importance des encouragements, si modestes soient-ils, fournis par les praticiens et praticiennes de la santé, ajoutant que cet appui pouvait se transposer dans d'autres sphères de la vie :

Il faut du temps pour cultiver l'affirmation de soi requise [pour dire non] ... et voilà qu'une autre personne me donnait la permission de dire non, le temps que je parvienne à l'imiter [et à me donner cette permission] (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.254}.

Plus tard dans l'examen, une fois que j'ai bâti ma confiance, il me faut souvent obtenir la « permission » pour réussir à m'exprimer ou à poser des questions à mon tour (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

À mesure qu'ils se familiarisent avec les effets de la violence interpersonnelle sur la santé et qu'ils apprennent à collaborer efficacement avec les personnes ayant survécu à une agression sexuelle, les praticiens et praticiennes de la santé ne trouveront pas meilleurs guides que ces personnes. La plupart d'entre elles seront heureuses d'aider les cliniciens et cliniciennes qui montrent un intérêt et une compassion sincères à l'égard de leurs besoins particuliers et de la découverte des effets de la violence interpersonnelle sur la santé. Dans le cadre d'une relation bienveillante, la plupart des personnes ayant survécu à une agression sexuelle seront même disposées à tolérer les faux pas et le malaise inévitable qui accompagnent le traitement d'un sujet délicat.

Huitième principe : comprendre la guérison non linéaire

À maintes reprises, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet ont fait valoir que le chemin de la guérison et du rétablissement à la suite de sévices sexuels ne suivait pas un parcours linéaire. Par conséquent, le degré de tolérance de ces personnes et leur capacité de prendre part à des traitements peuvent varier d'une rencontre de soins de santé à l'autre. Cette variabilité s'observe tantôt à court terme (au jour le jour), tantôt sur de plus longues périodes. En reconnaissance de ce fait, les praticiens et praticiennes de la santé doivent vérifier l'état de leurs clients et clientes lors de chaque rencontre et ajuster en conséquence leur comportement. Le praticien ou la praticienne qui

À mesure qu'ils se familiarisent avec les effets de la violence interpersonnelle sur la santé et qu'ils apprennent à collaborer efficacement avec les personnes ayant survécu à une agression sexuelle, les praticiens et praticiennes de la santé trouveront en ces dernières les meilleurs guides qui soient.

Le degré de tolérance d'une personne ayant survécu à une agression sexuelle et sa capacité de prendre part à un traitement peuvent varier d'une rencontre de soins de santé à l'autre.

réagit à ces circonstances avec bienveillance et compassion contribue au sentiment de sécurité des personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participe au renforcement de l'alliance thérapeutique entre les parties :

À certains moments, certaines régions de mon corps deviennent parfois intouchables.

Cela varie selon les circonstances auxquelles je suis confrontée. Par conséquent, à moins de dresser une liste et de s'y fier à chaque fois ... il faudra vérifier lors de chaque

séance (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.255}.

Neuvième principe : démontrer une connaissance et une conscience de la violence interpersonnelle

Sur une table à côté de ma chaise, [la praticienne de la santé] avait déposé un livre ou une brochure sur la violence sexuelle. Tout de suite j'y ai vu, avant toute chose, un signe d'ouverture vis-à-vis de la question. Par conséquent, si le sujet est abordé, je saurai que je suis entre bonnes mains, [sans quoi] ce document n'aurait pas traîné là (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

De nombreuses personnes ayant survécu à une agression sexuelle sont à l'affût d'indices qui témoignent du degré de sensibilisation des cliniciens ou cliniciennes à l'égard des questions de violence interpersonnelle. Ces indices peuvent varier. À la vue d'affiches ou de brochures produites par des organismes locaux qui offrent des services aux victimes de violence, une personne ayant survécu à de mauvais traitements surmontera peut-être sa circonspection et abordera le sujet avec le praticien ou la praticienne de la santé.

Par ailleurs, en plus de chercher des indices de bienveillance à l'égard des cas de violence interpersonnelle de la part du praticien ou de la praticienne, un homme ayant survécu à une agression sexuelle tentera peut-être de deviner si son interlocuteur ou interlocutrice sait que cette violence fait parfois des victimes de sexe masculin :

Une affiche dans chaque salle d'examen ! Vous savez, « bienvenue aux victimes de violence pendant l'enfance » ou quelque chose du genre. Rien de plus simple, « ici nous reconnaissons les garçons maltraités », « nous nous soucions de la victimisation des enfants », « contribuez à prévenir la victimisation des garçons ». De tels messages pourraient apparaître sur les affiches : « Protégeons les garçons et les filles ! » Vous voyez, quelque chose d'universel : « Bienvenue aux garçons et aux filles maltraités ! » Des enfants des deux sexes ... [et avec une photo : garçon et fille (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)]^{166p.512}.

Par ailleurs, l'intégration des principes pour la pratique sensible dans la pratique quotidienne témoigne de l'éveil d'un praticien ou d'une praticienne de la santé aux questions liées à la violence interpersonnelle.

4.3 Le recours aux principes pour éviter de réitérer les traumatismes

Il existe un lien entre la nature et la qualité de la relation qui s'établit entre le clinicien ou la clinicienne et la personne ayant survécu à une agression sexuelle, d'une part, et la sécurité et l'efficacité des soins de santé que reçoit cette personne, d'autre part. En plus de favoriser le libre échange des renseignements, une bonne relation d'aide définit l'environnement « d'individu à individu » qui s'avère indispensable au développement de la confiance. Les relations d'aide efficaces ne sont ni des connexions

mystiques ou éthérées qui « surgissent de nulle part », ni le produit naturel de personnalités charismatiques. Il s'agit plutôt d'échanges délibérés, fondés sur des habiletés, qui

À la vue d'affiches ou de brochures produites par des organismes locaux qui offrent des services aux victimes de violence, une personne ayant survécu à de mauvais traitements surmontera peut-être sa circonspection et abordera le sujet avec le praticien ou la praticienne de la santé.

s'effectuent en vue de satisfaire aux besoins du patient ou de la patiente. La cordialité et l'empathie sont la marque des aidants et aidantes efficaces. Ces derniers n'ont pas

d'opinion arrêtée, sont bien informés, portent attention à la communication verbale ou non verbale, ont conscience d'eux-mêmes et savent réfléchir.

En plus d'améliorer la relation thérapeutique avec la personne ayant survécu à une agression sexuelle, la mise en œuvre volontaire des principes pour la pratique sensible atténue le risque que le praticien ou la praticienne réitère les traumatismes du patient ou de la patiente. Le projet a recueilli les témoignages de nombreuses personnes ayant survécu à une agression sexuelle qui se sont senties bafouées ou ont revécu un traumatisme à la suite d'échanges avec des praticiens ou praticiennes de la santé :

Il est primordial pour eux de comprendre que la manière dont ils nous traitent risque de réitérer nos traumatismes ... Telle n'est sans doute pas leur intention, mais en nous manquant de respect — en ne réunissant pas les conditions pour nous rassurer, en nous refusant l'occasion d'être perçus comme leurs partenaires et en ne nous laissant aucun pouvoir — [ils fraient la voie] à la réitération de nos traumatismes. Et j'aimerais qu'ils soient mis au courant (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

Faire fi des principes pour la pratique sensible, c'est risquer de voir s'écrouler le parapluie protecteur des personnes ayant survécu à une agression sexuelle et de voir faiblir leur capacité de tirer parti des interventions de santé, voire simplement de les tolérer. À maintes reprises dans le cadre du projet, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont

fait valoir que ce constat s'appliquait à tous les milieux de santé, qu'il s'agisse de bureaux de professionnels ou de professionnelles (médecins, dentistes, chiropraticiens ou chiropraticiennes, massothérapeutes, naturopathes, physiothérapeutes, ergothérapeutes et autres), d'hôpitaux de soins de courte durée, d'établissements de soins communautaires, d'établissements de soins de longue durée ou de milieux de réadaptation.

4.4 Questions pour stimuler la réflexion

- Comment suis-je disposé ou disposée à partager le contrôle avec mes clients ou clientes ?
- Comment puis-je m'assurer que mes patients ou patientes aient reçu des renseignements qui leur paraissent adéquats sur les examens, les choix de traitements et les méthodes afférentes ?

Faire fi des principes pour la pratique sensible, c'est risquer de voir s'écrouler le parapluie protecteur des personnes ayant survécu à une agression sexuelle et de voir faiblir leur capacité de tirer parti des interventions de santé, voire simplement de les tolérer.

- Quelles sont mes limites personnelles ? Comment puis-je savoir qu'on les transgresse ? Certaines de mes actions pourraient-elles être perçues comme des transgressions de limites par mes clients ou clientes ?
- Comment puis-je trouver un juste équilibre entre les exigences de ma pratique générale et le besoin de consacrer le temps qu'il faut à chaque client ou cliente ?
- Quels sont les obstacles qui pourraient nuire à la communication du respect que je voue à mes patients ou patientes ?
- Quel est mon style personnel d'échange avec mes clients ou clientes ? Ce style semble-t-il favoriser l'établissement de bons rapports ? Quels sont les efforts que j'investis au fil du temps dans le maintien de bons rapports avec chaque patient ou patiente ?

5 Lignes directrices pour la pratique sensible : cadre dans lequel se déroulent les rencontres

5.1 Personnel administratif et assistants ou assistantes

La qualité des échanges avec le personnel administratif et les assistants ou assistantes qui travaillent dans les établissements de santé peut agir sur le sentiment de sécurité des personnes ayant survécu à une agression sexuelle. En très grande majorité, les participants du projet ont convenu que, dans l'environnement d'un bureau, leurs échanges avec le personnel administratif et les assistants ou assistantes teintaient la relation entre les praticiens ou praticiennes et les patients ou patientes. C'est pourquoi le personnel doit connaître la dynamique qui sous-tend la violence interpersonnelle ainsi que les répercussions à long terme que peut avoir cette violence. Il faut donc l'encadrer pour qu'il sache mettre en œuvre les principes pour la pratique sensible selon des méthodes qui conviennent au milieu précis où se déroulent les échanges.

En milieu hospitalier ou communautaire, les formalités et les procédures ont évolué d'une façon qui améliore l'efficacité et optimise le temps de travail des cliniciens et des cliniciennes. Ces changements risquent cependant d'être perçus comme le signe d'une plus grande orientation sur le clinicien ou la clinicienne et d'une moins grande orientation sur le patient ou la patiente. Par exemple, dans bien des bureaux, il est courant que le préposé ou la préposée à la réception pose des questions sur la nature des ennuis de santé afin de fixer l'heure et la durée de la visite. Bon nombre de personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont dit voir dans cette pratique une atteinte à leur vie privée, surtout lorsqu'elles devaient consulter des professionnels ou professionnelles pour des troubles psychosociaux ou des troubles de santé mentale. Selon les cliniciens et cliniciennes ayant pris part aux groupes de travail liés au projet, il serait préférable que les préposés ou préposées à la réception posent des questions sur l'objet

du rendez-vous (examen ou discussion). De même, par souci de protection de la vie privée, les employés ou employées de bureau qui font entrer les personnes dans les salles d'examen et qui remplissent les formalités préalables devraient recourir à de telles questions. De l'avis des praticiens et praticiennes de la santé consultés aux fins du projet, les assistants ou assistantes et techniciens ou techniciennes (y compris les aides-physiothérapeutes et techniciens ou techniciennes en radiologie) qui participent directement à l'évaluation et au traitement des patients et patientes devraient adopter les mêmes méthodes de pratique sensible que les cliniciens et cliniciennes.

Attestant du besoin de former les préposés ou préposées à la réception aux méthodes de pratique sensible, une femme ayant survécu à une agression sexuelle a relaté sa tentative de prendre rendez-vous avec son médecin de famille, qui avait accepté au préalable de la recevoir si elle ruminait des idées suicidaires :

Que dois-je faire, grimper sur une chaise et hurler « ouais, ça a l'air d'aller, mais à vrai dire, des milliers d'idées suicidaires me traversent présentement le cerveau » ? [Alors le préposé ou la préposée à la réception refuse de me prendre un rendez-vous], et la honte et le sentiment de culpabilité m'accablent, et je commence à me blâmer, et je rentre chez moi pour faire une overdose ou me taillader les poignets (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

5.2 Attente et salles d'attente

Les personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet ont longuement décrit l'extrême anxiété qui accompagne l'attente d'un rendez-vous de santé, laquelle évoque les mauvais traitements subis par le passé. La naïveté des enfants leur interdit de

prévoir le premier épisode de violence qui les afflige. Lorsque ce dernier survient, les enfants sont sans défense et ne savent trop ce qui leur arrive. Les actes sexuels leur paraissent étranges, parfois douloureux ; le secret les bouleverse, et la contrainte ou la menace de sévices les effraie. Les enfants ne disposent d'aucune référence préalable qui les aide à comprendre pourquoi quelqu'un les traiterait de la sorte, surtout s'il s'agit d'une personne qu'ils aiment et en qui ils ont confiance. À la suite du premier épisode de violence, de nombreux enfants vivent dans la hantise d'une répétition de l'événement. Attentifs et hypervigilants, ils attendent avec appréhension que la violence reprenne.

L'attente des rendez-vous est une réalité de la vie, certes, mais l'expérience risque de s'avérer particulièrement éprouvante pour les personnes ayant survécu à une agression sexuelle chez qui l'attente éveille encore une certaine dose d'appréhension. C'est pourquoi les participants du projet invitent les praticiens et praticiennes :

- à aménager des salles d'attente chaleureuses et accueillantes ;
- à donner accès à des toilettes et à indiquer clairement où elles se trouvent ;
- à fournir des documents qui traitent de la violence interpersonnelle ;
- à donner des estimations réalistes des délais d'attente.

5.3 Protection de la vie privée

La protection de la vie privée est un autre élément du milieu qui exerce une grande influence sur le sentiment de sécurité des personnes ayant survécu à une agression sexuelle. Ces dernières ne cherchent pas toutes à harmoniser de façon identique la protection de leur vie privée et le maintien de leur sentiment de sécurité. Ainsi, les unes seront plus à l'aise dans une salle particulière alors que d'autres ne considéreront cette option qu'en présence d'un accompagnateur ou d'une accompagnatrice. D'autres encore jugeront plus sûrs les espaces publics. De nombreuses personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé

au projet exigent que, lorsqu'ils s'approchent d'un client ou d'une cliente qui attend, les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé cognent ou se présentent et demandent d'avoir la permission avant d'entrer.

Plus précisément, les cliniciens et cliniciennes devraient tenir compte des possibilités qu'offre leur milieu de pratique sur le plan de la protection (ou de l'absence de protection) de la vie privée. À cette fin, ils devraient réfléchir aux questions suivantes :

- Que peut-on voir et entendre à partir de l'aire d'accueil ?
- Les patients ou patientes ont-ils à répondre à des questions personnelles dans une aire d'accueil publique où d'autres personnes pourraient capter l'échange ?
- Que peut-on voir et entendre à partir du couloir ?
- Que peut-on entendre d'un box ou d'une salle d'examen à l'autre ?

Par ailleurs, les praticiens et praticiennes sont priés de prévoir l'accès, en tout temps, à au moins une salle insonorisée pouvant servir aux examens ou aux entrevues. La protection de la vie privée s'avère plus ardue — voire impossible — en milieu hospitalier. Les cliniciens et cliniciennes sont néanmoins invités à faire preuve de créativité et à envisager le recours à des salles non insonorisées lorsque personne ne s'y trouve, notamment à l'heure des repas ou après les heures d'affluence.

5.4 Autres questions liées au milieu physique

Faute d'avoir pu contrôler leur sort pendant l'enfance, de nombreuses personnes ayant survécu à une agression sexuelle tentent de maintenir une emprise sur le milieu physique qu'elles occupent, de façon à s'y sentir en sécurité. Ces personnes formulent les suggestions et commentaires suivants :

- aménager des toilettes distinctes pour les hommes et les femmes ;

- prendre le temps d'aider les clients et clientes à se familiariser avec le milieu physique (y compris la salle d'attente, les toilettes, la salle de traitement des patients ou patientes, l'équipement ainsi que les issues de secours) ;
- partout où c'est possible, offrir aux clients et clientes le choix de s'asseoir dans la salle d'examen, la salle de traitement ou la salle d'attente (p. ex., certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle préfèrent s'asseoir près d'une porte ou maintenir une porte dans leur champ de vision) ;
- vérifier si l'éclairage convient aux clients et clientes, attendu que certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle sont très sensibles à l'éclairage de même qu'à la vue du plafond ou du plancher (cet élément importe tout particulièrement si le traitement impose au patient ou à la patiente de faire face au plafond ou au plancher) ;
- dans le cas de praticiens ou de praticiennes dont les traitements exploitent des musiques, des chandelles ou des arômes, vérifier les préférences des patients et patientes à cet égard afin d'éviter de déclencher des réactions négatives.

Si l'installation ne peut procurer un milieu rassurant pour un client ou une cliente en particulier, discuter de la possibilité d'une recommandation auprès d'une autre installation, d'un autre clinicien ou d'une autre clinicienne.

ou fournir ces renseignements pendant le délai d'attente qui précède le rendez-vous. Songer également à afficher l'information dans les salles d'attente ou les salles de traitement. Les textes afférents devraient être rédigés dans un langage clair et simple, sans recours au jargon ou au vocabulaire médical. En plus de faire connaître l'organisation et le service aux lecteurs et lectrices, de tels écrits peuvent appeler les personnes ayant survécu à une agression sexuelle à réfléchir aux mesures qu'elles pourraient prendre pour promouvoir leur propre sécurité (p. ex., se faire accompagner aux rendez-vous ou y emporter un petit objet familier symbolisant la sécurité et la protection).

i Annexe E – Exemple de présentation d'un établissement

- Les clients et clientes ne savent pas tous lire des textes en français ou ne comprennent pas tous cette langue. Le cas échéant, d'autres stratégies sont à envisager pour aviser les personnes du déroulement prévisible de la rencontre de soins de santé (p. ex., recours à des dessins, à des photos ou à des vidéos qui répondent à des questions fréquentes ou qui expliquent de bout en bout les étapes de l'échange).
- Pour aider les clients et clientes à se préparer à une hospitalisation ou à des formalités dans une clinique externe, il faut d'abord évaluer leurs connaissances et cerner les lacunes observées à cet égard. Pour corriger ces dernières, on pourra miser sur un remue-méninges, sur des négociations ou sur un partage de renseignements. Par exemple, au moment de collaborer avec des personnes ayant survécu à de mauvais traitements, il importera d'échanger sur : (a) les approches susceptibles de rendre l'expérience aussi peu traumatisante que

5.5 Préparatifs visant les patients et patientes

On ne peut sous-estimer l'importance que revêt le partage des renseignements sur les formalités de santé avant le début d'un examen, d'un traitement ou d'une admission à l'hôpital. Une préparation préliminaire suffit souvent à atténuer l'anxiété qu'éprouve le client ou la cliente, et ce, même avant sa rencontre avec le clinicien ou la clinicienne. Par conséquent, les praticiens et praticiennes devraient considérer les possibilités suivantes :

- Diffuser de l'information écrite aux clients et clientes avant leur premier rendez-vous

possible ; (b) les méthodes pour éviter les éléments déclencheurs reconnaissables ; et (c) les plans visant à offrir un appui soutenu suffisant.

La participation des clients et clientes à l'élaboration de programmes décrivant les soins à dispenser permet d'assurer que toute personne qui collabore avec ces personnes soit consciente de leurs besoins précis.

5.6 Présence d'accompagnateurs et d'accompagnatrices ou de personnes exerçant la fonction de « chaperon »

[En présence de l'assistant ou de l'assistante], je me sentais à l'aise à l'idée qu'il faille peut-être fermer la porte ... ainsi je ne serais pas seul avec l'autre (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Pour certains examens et certaines formalités, il est courant de faire appel à une tierce personne agissant comme observateur ou observatrice, qu'il s'agisse d'un accompagnateur ou d'une accompagnatrice choisi par le patient ou la patiente ou encore d'une personne désignée par le clinicien ou la clinicienne pour exercer la fonction de « chaperon ». Lors des consultations réalisées à l'appui du projet, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont expliqué que la présence d'un accompagnateur ou d'une accompagnatrice contribuait souvent à apaiser leurs craintes tout en procurant une ressource additionnelle pour recueillir l'information transmise par le clinicien ou la clinicienne :

Si on te donne une foule de renseignements et que tu n'arrives pas nécessairement à les comprendre et à les retenir ou si tu souffres d'inquiétude ... et qu'il y a beaucoup de renseignements nouveaux, alors il est utile de compter sur la présence d'une personne capable de t'aider à te remémorer ce qui se dit

(témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

La présence d'un accompagnateur ou d'une accompagnatrice suppose la conciliation de besoins opposés relatifs au secret professionnel, au soutien personnel de même qu'à la protection du patient ou de la patiente ainsi que du praticien ou de la praticienne. En vue de soutenir l'intégrité de leur pratique tout en donnant l'occasion aux patients ou aux patientes de faire appel à des accompagnateurs ou accompagnatrices, les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé sont invités :

- à aviser les patients et patientes — de vive voix ou par le biais de brochures et d'affiches dans les salles d'attente — de la possibilité de demander la présence de tiers agissant comme observateurs ou observatrices ;
- à ne pas oublier que la présence d'accompagnateurs ou d'accompagnatrices ne sert pas toujours les intérêts des clients ou des clientes (p. ex., s'il s'agit de partenaires violents qui tentent de contrôler les échanges qu'ont ces derniers avec d'autres personnes) ;
- à discuter en tête-à-tête avec les clients ou clientes au début de la rencontre afin de vérifier s'ils souhaitent vraiment la présence d'accompagnateurs ou d'accompagnatrices, d'évaluer la fonction qu'ils voudraient déléguer à ces derniers et d'aborder les questions de secret professionnel — attendu que les clients ou clientes pourraient ne pas trop savoir comment manifester leur intention (s'il y a lieu) d'échanger en tête-à-tête avec le praticien ou la praticienne ;
- à définir le rôle des accompagnateurs ou accompagnatrices au début de la rencontre, en présence de toutes les parties — accompagnateur ou accompagnatrice, patient ou patiente,

La présence d'un accompagnateur ou d'une accompagnatrice suppose la conciliation de besoins opposés relatifs au secret professionnel, au soutien personnel de même qu'à la protection du patient ou de la patiente ainsi que du praticien ou de la praticienne.

clinicien ou clinicienne — afin que ces dernières en conviennent clairement ;

- là où des motifs médicaux ou juridiques justifient la présence de tiers, à s'assurer d'abord que les patients ou patientes comprennent et acceptent cette situation, puis à leur offrir la possibilité de convoquer soit leurs propres accompagnateurs ou accompagnatrices, soit des membres du personnel.

5.7 Collaboration avec des personnes ayant survécu à une agression sexuelle et provenant de divers groupes culturels

La société canadienne est constituée de personnes issues de différents groupes raciaux, ethniques et culturels. Il est donc impératif que les soins de santé tiennent compte des différences culturelles. En santé, les thèmes de la *sensibilisation aux cultures*, de la *sensibilisation aux réalités culturelles* et du *savoir-faire culturel* ont inspiré de nombreux auteurs. Cependant, les mentalités continuent d'évoluer en ce qui touche la façon d'aborder le dossier de la culture.

En guise de cadre de prestation de soins de santé adaptés aux personnes ayant différents profils culturels ou ethniques, les premières recherches en la matière^{p. ex.,17,18,19,35,36} proposaient des modèles de *savoir-faire culturel*. Plus récemment, les tenants de la perspective culturelle critique^{p. ex.,32,74,75} ont lancé un appel aux praticiens et praticiennes pour qu'ils transcendent les fondements des premiers modèles et élargissent leur conception de la culture, de façon à y voir un processus relationnel complexe et dynamique, façonné par des forces historiques, sociales, économiques et politiques. Comme l'expliquent Annette Browne et Colleen Varcoe, professeures en sciences infirmières à l'University of British Columbia :

Privilégiant la dimension relationnelle de la culture, la perspective culturelle critique

tourne vers soi le regard auparavant porté sur l'Autre culturel. Cette vision exige l'examen du maillage qui lie chaque personne aux relations et aux processus historiques, sociaux, économiques et politiques. Il en résulte notamment les questions suivantes : Quelle est ma participation au renforcement de certaines normes (vraisemblablement eurocentristes) au sein de la culture des soins de santé ? En quoi certaines croyances et pratiques et certains comportements me paraissent-ils « normaux » alors que d'autres me paraissent « culturels » ? En quoi mes pratiques quotidiennes servent-elles certains intérêts économiques et politiques^{32p.163} [traduction] ?


De telles idées transparissent des travaux d'Irihapeti Ramsden sur la sécurité culturelle^{125,126}. Chef de file des services infirmiers du peuple maori de Nouvelle-Zélande, Ramsden a mis au point ce concept pour signaler les répercussions néfastes de la colonisation sur la santé de son peuple, décrire les pressions exercées par la colonisation en faveur de croyances eurocentristes relatives à la santé et aux maladies ainsi que mettre en évidence les inégalités perpétuées par bon nombre de pratiques courantes. Le traitement détaillé de cette question ne relève pas du présent

manuel de pratique. Cependant, les praticiens et praticiennes de la santé et les organismes de soins de santé sont priés de procéder à l'examen continu de leurs pratiques courantes à l'égard de différents groupes.

La violence interpersonnelle sévit au sein de tous les groupes culturels et ethniques. Cependant, le présent manuel de pratique porte une attention spéciale aux Autochtones. En effet, en plus de constituer une part importante et grandissante de la population canadienne, ce groupe est encore aux prises avec les répercussions à long terme des sévices généralisés infligés dans les pensionnats. Convaincus que ces individus tireraient assurément parti de la mise en œuvre universelle des principes pour la pratique sensible, les auteurs espèrent que les praticiens et praticiennes de la santé cultiveront une connaissance à tout le

Les praticiens et praticiennes de la santé et les organismes de soins de santé sont priés de procéder à l'examen continu de leurs pratiques courantes à l'égard de différents groupes.

moins fondamentale des mauvais traitements (souvent systémiques) subis par bon nombre d'Autochtones, d'une part, et que ce savoir aidera les praticiens et praticiennes à se montrer plus sensibles à l'endroit des clients et clientes issus de ce groupe et, partant, à avoir avec eux des échanges de santé plus efficaces, d'autre part.

 Annexe G – Comment collaborer avec les Autochtones

5.8 Prestation concertée de services

À en croire les témoignages recueillis dans le cadre du projet, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle sont parfois recommandées à des pourvoyeurs ou pourvoyeuses de soins de santé avec qui elles éprouvent un malaise ou qui éveillent en elles un sentiment d'insécurité. Bien que les choix soient souvent restreints, tout patient ou toute patiente a droit à une recommandation lui permettant de consulter d'autres établissements ou d'autres cliniciens ou cliniciennes. Il arrive que des cliniciens ou cliniciennes soient incapables de satisfaire aux attentes ou aux besoins de santé des personnes ayant survécu à une agression sexuelle. Ce sujet n'est pas facile à aborder, mais les praticiens et praticiennes sont néanmoins invités à donner suite aux demandes de recommandations et à faire preuve de coopération lors d'échanges à propos de dossiers dans lesquels ils ne s'estiment pas en mesure de répondre aux besoins des patients et patientes.

S'il survient sans préavis, le transfert de dossiers d'un praticien ou d'une praticienne à l'autre risque d'ébranler la confiance et d'éveiller des sentiments d'abandon. Partout où c'est possible, la personne devrait se voir offrir le choix de plusieurs aidants ou aidantes. Les absences planifiées devraient être annoncées longtemps à l'avance afin de laisser la possibilité aux clients ou clientes de prendre de nouvelles dispositions.

Idéalement, le clinicien ou la clinicienne devrait parvenir à introduire ses clients ou clientes au praticien ou à la praticienne qui prend la relève. Dans le cas d'un transfert temporaire, il serait primordial d'échanger à propos des renseignements sur les sévices passés que la personne consent à transmettre au nouvel aidant ou à la nouvelle aidante. Dans le cas d'un transfert permanent, le praticien ou la praticienne qui passe le dossier devrait s'assurer que son remplaçant ou sa remplaçante s'y connaisse en matière de violence interpersonnelle et de pratique sensible à l'égard des personnes ayant survécu à une agression sexuelle.

Malheureusement, à la suite de démêlés avec le système de santé, certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant

Dans le cas d'un transfert permanent, le praticien ou la praticienne qui passe le dossier devrait s'assurer que son remplaçant ou sa remplaçante s'y connaisse en matière de violence interpersonnelle et de pratique sensible à l'égard des personnes ayant survécu à une agression sexuelle.

l'enfance ont fait état d'un recul en ce qui touche leur rétablissement personnel :

En tant qu'homme ayant survécu à une agression sexuelle, [je crois que le système de santé actuel] a

participé à ma réobjectivation ... au point où maintenant j'existe à peine ... en tant qu'être entier. En effet, la société [a] établi un modèle, fondé sur un processus dissociatif, qui confie mes émotions à un psychiatre ou une psychiatre, mon corps à un omnipraticien ou une omnipraticienne et mes dents à un dentiste ou une dentiste. Personne n'a proposé de modèle susceptible de me réchapper de la dissociation (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

De leur propre aveu, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ne croient pas qu'une seule ressource — qu'il s'agisse ou non d'un praticien ou d'une praticienne de la santé — saurait résoudre tous les problèmes. Certains des participants et certaines des participantes consultés ont souligné que l'accès à un ensemble de praticiens et de praticiennes, issus de différentes disciplines de la santé, constituerait un atout en vue de leur guérison. Par ailleurs, les participants ayant déjà eu affaire à des équipes de soins primaires ont formulé des commentaires très favorables à l'égard de telles expériences.

De nombreux participants du projet ont dit reconnaître l'existence de liens entre l'esprit, le corps et le bien-être spirituel et souhaiter que les services de santé adoptent une démarche holistique :

Je crois qu'on ne peut dissocier la santé mentale de la santé physique ... [Le praticien ou la praticienne] pourrait aider beaucoup plus son client ou sa cliente à s'attaquer aux questions de santé. Il lui suffirait de prendre connaissance des fondements émotionnels de la situation plutôt qu'éviter résolument de poser la question et tenter de peut-être résoudre l'énigme ... Je crois qu'en matière de santé, le rôle [du praticien ou de la praticienne] devrait [laisser] une plus grande place à la santé émotionnelle ... Je crois que ... j'aurais pu en venir à m'attaquer à la portée émotionnelle de l'agression sexuelle beaucoup plus tôt si j'avais reçu un peu d'aide pour « soutenir la chose » en quelque sorte (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Les personnes ayant survécu à une agression sexuelle souhaiteraient vivement que les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé songent à consulter officiellement (avec leur permission) d'autres praticiens et praticiennes avec qui ils collaborent, en vue d'aborder à fond leurs ennuis de santé. Par exemple, dans le cas d'une personne ayant survécu à une agression sexuelle chez qui un traitement déclenche de fortes émotions négatives, le praticien ou la praticienne discuterait avec un conseiller ou une conseillère pour que celui-ci ou celle-ci formule des suggestions visant à minimiser ces réactions et entreprenne d'aider directement le patient ou la patiente à recourir à des techniques axées sur la conscience de l'ici-maintenant :

J'ai été ébahi et passablement ravi de constater que je pouvais consulter ma [psycho]

thérapeute ... et que dans le courant de la semaine elle discute de mon cas avec le

De leur propre aveu, la plupart des personnes ayant survécu à une agression sexuelle doutent qu'une seule ressource – qu'il s'agisse ou non d'un praticien ou d'une praticienne de la santé – sache résoudre tous les problèmes.

médecin et le psychiatre et que, vous savez, tous se soucient à un certain niveau d'un certain élément (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

5.9 Entretien personnel des praticiens et praticiennes

La bonne alimentation, le repos suffisant, l'activité physique régulière et les moments de détente comptent parmi les ingrédients de l'entretien personnel, une pratique qui représente parfois un défi pour bien des gens. L'entretien personnel risque de s'avérer encore plus difficile pour les personnes ayant survécu à une agression sexuelle qui ont appris à croire, pendant l'enfance, que leurs besoins étaient sans importance :

Depuis trois ans, et pour la première fois de ma vie, je me soucie de mon bien-être physique.

Avant je m'en foutais éperdument, car je me portais une très piètre estime personnelle (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

L'enseignement sanitaire mise beaucoup sur l'apprentissage, par observation, de la conscience de soi et de l'entretien personnel. Les patients et patientes qui éprouvent des difficultés sur ce plan peuvent apprendre en s'inspirant des praticiens et praticiennes qui veillent à leur propre santé et parviennent à fixer des limites appropriées.

i Section 4.2 – Sixième principe : respecter les limites

Les préceptes fondamentaux de l'entretien personnel des praticiens et praticiennes s'appuient sur le besoin d'exprimer la même compréhension et la même compassion envers soi qu'envers les patients et patientes. Tout clinicien ou toute

clinicienne doit étoffer et exploiter un ensemble de stratégies de promotion et de maintien de la santé, tout particulièrement lors de rencontres stressantes, émotionnellement chargées, avec des patients et patientes. En outre, il ne faut jamais oublier que la capacité de traverser des situations difficiles fluctue sans cesse, même pour des praticiens et praticiennes d'expérience.

Pour discuter de leurs réactions à la divulgation de cas de violence sexuelle pendant l'enfance ou à d'autres situations pénibles vécues avec des patients ou patientes, les praticiens et praticiennes auront peut-être à demander l'appui d'un collègue ou d'une collègue ou d'un conseiller ou d'une conseillère. Pareil appui peut et doit s'obtenir sans trahir le secret professionnel. Loin de constituer une marque de faiblesse, la recherche d'appui témoigne d'un sérieux dans l'exercice des responsabilités professionnelles. Faire fi de la détresse ou du malaise que l'on ressent, c'est s'exposer au risque de traumatisme secondaire dû au stress, aussi nommé « traumatisme transmis par personne interposée »

Les préceptes fondamentaux de l'entretien personnel des praticiens et des praticiennes s'appuient sur le besoin d'exprimer la même compréhension et la même compassion envers soi qu'envers les patients et patientes.

ou « usure de compassion »¹⁰⁸. Selon Charles Figley, directeur de l'institut de traumatologie de la Florida State University, les symptômes d'un traumatisme secondaire dû au stress s'apparent à ceux du syndrome de stress post-traumatique, « si ce n'est que le traumatisme subi par la victime de l'événement traumatisant devient tout aussi fort pour une deuxième personne »^{42p.11} [traduction]. Les cliniciens et cliniciennes souffrant du syndrome de stress post-traumatique ou d'un traumatisme secondaire dû au stress sont sujets à la dépression, à l'anxiété, à la léthargie, à un excès de participation auprès des patients et patientes ainsi qu'à une peur induite de la violence personnelle et familiale. À moins que ces symptômes ne soient décelés et traités, les praticiens et praticiennes risquent de réagir en évitant les clients ou clientes violentés ou en leur faisant comprendre par inadvertance qu'ils ont commis une faute.

Praticiens et praticiennes de la santé ayant survécu à une agression sexuelle. Fait à retenir, il n'existe pas de cloison parfaitement étanche entre les groupes que constituent, respectivement, les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé et les personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance. Ainsi, un certain pourcentage de cliniciens et de cliniciennes ont eux-mêmes survécu à des sévices sexuels infligés à un jeune âge⁹⁴. Parfois, les praticiens et praticiennes ayant des antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance démontrent une empathie particulière à l'égard d'autres personnes ayant connu le même sort, surtout s'ils ont réussi à analyser et à panser leurs propres blessures. Par contre, le travail auprès des personnes ayant survécu à une agression sexuelle pourrait leur poser des défis particuliers s'ils traînent encore le poids des mauvais traitements subis pendant l'enfance^{22,108}. Ainsi, il est possible que ce travail

déclenche en eux de vives émotions. En outre, ces praticiens et praticiennes risquent d'éprouver des difficultés à gérer certaines limites et

d'avoir, par voie de contre-transfert, des réactions préjudiciables à l'endroit de clients ou de clientes maltraités. Il est recommandé que ces individus analysent et essaient de comprendre leurs antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance afin d'éviter de confondre leurs propres ennuis à ceux de leurs patients et patientes.

5.10 Ressources communautaires à l'intention des personnes ayant survécu à une agression sexuelle et des praticiens et praticiennes de la santé

Les personnes ayant survécu à une agression sexuelle n'exigent certainement pas que les

praticiens et praticiennes de la santé fassent tout pour tous. Cela dit, les praticiens et praticiennes peuvent jouer un rôle crucial pour aider leurs patients et patientes à repérer et utiliser des

ressources et des services appropriés. Certains organismes — centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle, centres de femmes, centres de traitement à demeure pour toxicomanes, organismes communautaires de santé mentale et autres — diffusent des renseignements auprès des personnes ayant survécu à une agression sexuelle et auprès des praticiens et des praticiennes. Reconnaissant que bien souvent les organismes déjà établis ciblent exclusivement les femmes, certaines collectivités se sont dotées d'organismes qui dispensent des services aux hommes ayant survécu à une agression sexuelle. De nombreux centres d'aide aux victimes de violence sexuelle peuvent offrir une formation spéciale ou un appui aux cliniciens et cliniciennes qui collaborent avec des personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance. Certaines collectivités comptent des praticiens et des praticiennes qui possèdent des connaissances spécialisées en la matière et qui seraient disposés à consulter ou à encadrer d'autres pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé. Parfois, il y a aussi moyen d'obtenir des suggestions relatives aux autres ressources disponibles en communiquant avec des associations professionnelles ou des organismes de réglementation et d'attribution des permis.

En s'informant sur les caractéristiques suivantes de chaque ressource, les praticiens et praticiennes pourront plus facilement juger de la pertinence d'y recommander des patients et patientes aux fins de counseling :

- le mandat de l'organisme et la nature des services qu'il dispense (p. ex., interventions d'urgence, counseling individuel, thérapie collective, groupes de soutien) ;

Les praticiens et praticiennes peuvent jouer un rôle crucial en vue d'aider leurs patients et patientes à repérer et utiliser des ressources et des services appropriés.

La pose d'affiches bien en vue et la diffusion de brochures sur des programmes ou des organismes offrant des services aux victimes de violence attestent, auprès des patients et patientes, la conscience que possède le praticien ou la praticienne de la prévalence de la violence sexuelle, physique et psychologique ainsi que des répercussions néfastes à long terme qui y sont associées.

- les politiques de l'organisme en ce qui trait à la facturation des services (p. ex., nature des frais, possibilité de tarif dégressif, possibilité de paiement par une seconde partie — régime de santé des travailleurs ou autre) ;
- le mode de prestation de services auquel peuvent s'attendre d'éventuels clients ou clientes ainsi que l'obligation de passer ou non par une liste d'attente.

La pose d'affiches bien en vue et la diffusion de brochures sur des programmes ou des organismes offrant des services aux victimes de violence

interpersonnelle attestent, auprès des patients et patientes, la conscience que possède le praticien ou la praticienne de la prévalence de la violence sexuelle, physique et psychologique ainsi que des répercussions néfastes à long terme qui y sont

associées. De tels outils devraient communiquer des renseignements sur :

- les centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle, les centres de femmes, les centres de traitement à demeure pour toxicomanes et les organismes communautaires de santé mentale ;
- les services d'aide téléphonique et les services d'écoute téléphonique pour la prévention du suicide ;
- les refuges pour femmes battues ;
- les unités mobiles d'intervention d'urgence.

 Ressources et ouvrages recommandés

6 Lignes directrices pour la pratique sensible : rencontres avec les patients ou patientes

6.1 Présentations et négociation des rôles

Dans tout milieu de santé, il importe de s'assurer que les premiers instants de la rencontre donnent le ton juste, compte tenu des préceptes de pratique sensible. En se présentant, en expliquant la nature du rendez-vous et en priant le patient ou la patiente d'indiquer sa préférence quant à la manière de l'aborder, le praticien ou la praticienne atteste du respect qu'il ou qu'elle porte à la personne tout en commençant à établir avec elle un rapport positif.

Par ailleurs, avant d'amorcer toute intervention, les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé doivent sonder les attentes des clients et clientes au sujet des soins à dispenser. Pareille démarche instaure une relation fondée sur un partage bidirectionnel de l'information et du contrôle. En outre, elle permet au clinicien ou à la clinicienne de cerner rapidement de possibles appréhensions, lui évitant peut-être ainsi de déclencher des réactions négatives. Dans le cas de relations de santé de longue date, le réexamen périodique des rôles et des responsabilités se prête à la renégociation de certains éléments tout en traduisant une bienveillance et une compassion sincères.

i Section 4.2 – Cinquième principe : partager le contrôle

6.2 Vêtements

Le besoin de se dévêtir est l'un des éléments illustrant le mieux les difficultés qu'éprouvent, dans un milieu de santé, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle. Les praticiens et praticiennes tiennent souvent pour acquis que le patient ou la patiente se dévêtisse et enfle une

jaquette pour examen médical. Par contre, pour maintes personnes ayant survécu à une agression sexuelle, le fait de se dévêtir pour les besoins d'une personne en situation d'autorité ravive le souvenir de mauvais traitements et éveille des sentiments d'impuissance, de vulnérabilité et de honte :

Si je devais me dévêtir ... pour un [clinicien de sexe masculin] ... c'était pénible en raison de toute la question de la confiance, et je sentais la honte et le sentiment de culpabilité m'envahir ... Je me bats contre l'image du corps et parfois ... je me sens alors impuissant (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

Le retrait des vêtements s'inscrit dans les normes de soins relatives à certains examens. Cependant, dans le cadre des consultations liées au projet, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle et les cliniciens et cliniciennes ont, d'une même voix, réclamé que tout praticien ou toute praticienne de la santé considère les mesures suivantes :

- discuter des exigences de déshabillage avec le patient ou la patiente et collaborer avec la personne pour trouver une solution acceptable (p. ex., permettre le port de sous-vêtements tout au long de l'examen ou inciter le client ou la cliente à porter un vêtement court de son choix — maillot de bain, culotte courte ou autre) ;
- sortir de la salle pendant que le patient ou la patiente se change ;
- fournir des jaquettes de différentes tailles, pouvant convenir aux personnes de toute corpulence, et indiquer au patient ou à la patiente si l'ouverture devrait se trouver à l'avant ou à l'arrière ;

Il importe de s'assurer que les premiers instants de la rencontre donnent le ton juste, compte tenu des préceptes de pratique sensible.

- éviter autant que possible les jaquettes de papier, dont l'extrême légèreté risque d'accentuer le sentiment de vulnérabilité des personnes ayant survécu à une agression sexuelle (comme l'ont largement souligné ces dernières dans le cadre du projet) ;
- éviter de supposer qu'un homme n'éprouve aucun malaise à se montrer torse nu ;
- s'assurer que le patient ou la patiente porte tous ses vêtements lors de certains échanges (p. ex., établissement du contact, évaluation des motifs de la visite ou revue des antécédents de santé) ;
- s'il faut que le client ou la cliente se dévêtisse pour un examen ou une formalité, expliquer la suite des événements, préciser les vêtements à retirer et justifier la consigne, demander si la personne consent à respecter cette consigne (avant son exécution) et s'assurer de répondre complètement à toute question ;
- en tout temps, n'exposer que la partie du corps devant être dénudée aux fins de l'intervention visée ;
- recouvrir le corps du client ou de la clientèle dès que l'examen prend fin, de façon à minimiser la période d'exposition ;
- au terme de l'examen ou de la formalité, attendre que le client ou la cliente ait remis tous ses vêtements avant de revenir pour dispenser un enseignement sanitaire, répondre aux questions (s'il y en a) et saluer la personne (cette mesure prend quelques minutes, mais met un terme à l'échange tout en permettant au client ou à la cliente de partir en se trouvant sur un pied d'égalité avec le praticien ou la praticienne).

Pour maintes personnes ayant survécu à une agression sexuelle, le fait de se dévêtir pour les besoins d'une personne en situation d'autorité ravive le souvenir de mauvais traitements et éveille des sentiments d'impuissance, de vulnérabilité et de honte.

6.3 Demandes de renseignements spécifiques à la tâche

On entend par *demande de renseignements spécifiques à la tâche* l'initiative qui consiste à prier le patient ou la patiente d'exprimer ses préférences et d'énoncer ses possibles réserves à l'égard d'un examen, d'une formalité ou d'une intervention en particulier. Pareille demande donne l'occasion au client ou à la cliente de fournir au pourvoyeur ou à la pourvoyeuse de soins de santé des renseignements pertinents à la situation courante, sans avoir à faire état d'épisodes passés de violence interpersonnelle.

Le recours aux demandes de renseignements spécifiques à la tâche est indiqué pendant la rencontre initiale avec le patient ou la patiente, avant la conduite de tout nouvel examen ou toute nouvelle formalité ainsi qu'en tout

temps si, par son langage corporel, la personne montre des signes de malaise ou de difficulté. Sans égard aux autres facteurs, il convient également d'en faire usage de temps à autre lors des échanges afin d'inviter régulièrement la personne à donner une rétroaction ou à faire part de tout problème.

Les demandes de renseignements spécifiques à la tâche reposent sur un ensemble de questions fermées ou ouvertes qui permettent au patient ou à la patiente de fournir toute précision qui lui semble pertinente. Voici un exemple de question fermée : « Avez-vous déjà eu du mal avec des examens ou des formalités semblables ? » En cas de réponse affirmative à une telle question, le praticien ou la praticienne pourrait enchaîner avec une question ouverte (p. ex., « que puis-je faire pour vous rendre la chose plus facile ? ») afin d'aider la personne à combattre son malaise. Avant le début de l'examen, il est recommandé d'inviter le patient ou la patiente à partager tout renseignement pertinent (p. ex., « avant que nous commençons, y a-t-il autre chose que je devrais savoir ? »).

Il peut sembler plus facile de partager de tels renseignements que de relater des sévices passés, mais la démarche risque quand même de s'avérer ardue pour les personnes ayant survécu à une agression sexuelle. Si le langage corporel du patient ou de la patiente révèle des signes de tension ou d'anxiété, le praticien ou la praticienne pourrait devoir poser des questions très précises (p. ex., « la mesure de votre pression sanguine vous procure-t-elle une sensation gênante ? » ou « cela vous indispose-t-il que quelqu'un touche vos genoux ? »). Aux cliniciens et cliniciennes, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet lancent l'appel suivant :

Soyez à l'affût d'indices flagrants : « vous me paraissez très anxieux ; y a-t-il quelque chose qui vous indispose ou dont je devrais être au courant ? » (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

De nombreux facteurs peuvent susciter l'inconfort ou piquer la sensibilité d'une personne lors d'une rencontre de soins de santé, et ces facteurs ne sont pas tous liés à des sévices passés. Par conséquent, bien que les demandes de renseignements spécifiques à la tâche soient de mise pour tout patient ou toute patiente, les cliniciens et cliniciennes devraient se garder de croire que les révélations spécifiques à la tâche soient nécessairement la marque de personnes ayant survécu à de mauvais traitements.

Un excellent point de départ consiste à demander [à la personne] si elle a des réserves ou des craintes, sur le plan physique ou émotionnel (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Par ailleurs, une femme propose ce qui suit aux cliniciens et cliniciennes :

Posez d'abord ces questions : « quelles expériences avez-vous eues avec des dentistes [des médecins, des massothérapeutes, etc.] ? », « à quelle fréquence les consultez-vous ? »,

« quelles sont vos craintes ? » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Aux questionnaires servant à l'évaluation initiale, il est possible d'intégrer les demandes de renseignements portant sur les éléments qui piquent la sensibilité, suscitent un malaise ou posent problème. Certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet ont exprimé leur préférence pour une telle stratégie. À un patient ou une patiente qui exprime des réserves à l'endroit de certains éléments d'un examen, le praticien ou la praticienne peut proposer d'exposer ces réserves par écrit. Quelle que soit la méthode retenue, la cueillette de tels renseignements s'avère cruciale pour la prestation sensible de soins à tous les clients et clientes.

[Ce qui serait] encore mieux ... c'est que lors de chaque visite au bureau [d'un praticien ou d'une praticienne] on nous fasse répondre à un court sondage ...

Le recours aux demandes de renseignements spécifiques à la tâche est indiqué pendant la rencontre initiale avec le patient ou la patiente, avant la conduite de tout nouvel examen ou toute nouvelle formalité ainsi qu'en tout temps si, par son langage corporel, la personne montre des signes de malaise ou de difficulté.

demandant ... « cela vous indispose-t-il de vous dévêtir ou de vous faire toucher ? ». Il s'agirait d'une excellente pratique, car alors ils sauraient à qui ils ont affaire quand nous franchissons le seuil de la porte. Nous serions prêts —


la personne serait prête, forte de l'assurance ou de la conviction que le praticien ou la praticienne, médecin ou physiothérapeute, sait à peu près à quoi s'attendre. Ainsi, si la personne dit « heu, cela me gêne », ils sauraient ce qui se passe. Ils comprendraient ... Selon moi, ce serait formidable de procéder ainsi. Les deux parties auraient connaissance de la situation (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{163p.93}.

Remarque importante, le recours aux demandes de renseignements spécifiques à la tâche ne devrait pas se confiner aux seuls examens faisant appel au toucher. Pour nombre de personnes ayant survécu à une agression sexuelle, le toucher suscite des réserves. Cependant, d'autres

interventions de soins de santé qui peuvent paraître inoffensives aux cliniciens et cliniciennes (p. ex., se tenir debout derrière la personne pendant l'examen, prendre son pouls, mesurer la pression sanguine ou plonger une main enflée dans l'eau glacée) risquent de gêner les patients ou patientes ou de déclencher chez eux des réactions pénibles.

 Section 6.7 – Le toucher

Les praticiens et praticiennes doivent savoir que, même s'ils demandent des renseignements spécifiques à la tâche avant la conduite d'un examen, certaines personnes risquent d'être incapables de verbaliser leurs réserves avant d'avoir établi de bons rapports avec leur pourvoyeur ou pourvoyeuse de soins de santé. En outre, la volonté ou la capacité de verbaliser des réserves spécifiques à la tâche dépend parfois du stade de guérison atteint par la personne ayant survécu à une agression sexuelle. Ainsi, certains éléments de l'examen seront plus ou moins bien tolérés selon la période.

 Section 4.2 – Huitième principe : comprendre la guérison non linéaire

Les cliniciens et cliniciennes devraient éviter de supposer qu'une personne ait divulgué toutes ses réserves spécifiques à la tâche lors d'échanges précédents. Si elles ont subi un conditionnement poussant à la passivité ou à la soumission à l'endroit d'interlocuteurs ou d'interlocutrices en situation d'autorité, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle pourraient avoir besoin de permissions et d'encouragements constants pour en venir à exprimer leurs réserves de façon régulière. Il y aurait lieu d'observer le langage corporel pour y déceler tout signe susceptible de révéler les difficultés qu'éprouve la personne — tremblements, réflexes d'appréhension, contraction des muscles, variation du mode de

Le recours aux demandes des renseignements spécifiques à la tâche ne devrait pas se confiner aux seuls examens faisant appel au toucher.

Il y aurait lieu d'observer le langage corporel pour y déceler tout signe susceptible de révéler les difficultés qu'éprouve la personne.

respiration, rougissement, larmes, dissociation (c.-à-d. attitude d'une personne défoncée, distante ou absente) ou autre :

Nous lançons des signaux ... pour dire que nous avons été violentés ... Je lançais des signaux, mais je ne crois pas que les autres étaient vraiment à l'écoute ou captaient le message ... [J'avais] des mouvements de recul et m'écriais souvent : « que faites-vous ? » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.252}.

En présence de signaux manifestes, le praticien ou la praticienne devrait d'abord expliquer au patient ou à la patiente qu'il serait bon de se détendre, car cela rend l'examen ou la formalité plus facile, puis demander son aide pour trouver une approche différente relative à l'élément qui pose problème (p. ex., « cela vous aiderait-il d'avoir un miroir pour voir ce que je fais ? »). Il est crucial d'aborder ainsi les malaises visibles qu'éprouve la personne afin d'établir et d'entretenir de bons rapports. En faire fi risquerait de miner le sentiment de confiance et de sécurité.

Il y a moyen de documenter les réserves ou les préférences spécifiques à la tâche en décrivant la sensibilité de la personne ou les difficultés qu'elle éprouve sans jamais faire état de possibles sévices passés. Au moment de décider des éléments à inscrire au dossier du patient ou de la patiente, le praticien ou la praticienne devrait s'interroger

sur ce qu'aurait à savoir d'autres cliniciens ou cliniciennes pour dispenser les meilleurs soins possibles. Si un élément sensible spécifique à la tâche n'est révélé que par une réaction indésirable du patient ou de la patiente à la suite d'un aspect de l'examen ou du traitement, le praticien ou la praticienne devait noter sans tarder la réaction imprévue. Ses notes devraient inclure tant des renseignements objectifs (le qui, le quoi, le quand, le où, le comment et le combien) que de l'information subjective (déclarations du patient ou de la patiente et d'autres personnes à propos de l'événement).

TABLEAU 2.

Aperçu des demandes de renseignements spécifiques à la tâche

On entend par *demande de renseignements spécifiques à la tâche* l'initiative qui consiste à prier le patient ou la patiente d'exprimer ses préférences et d'énoncer ses possibles réserves à l'égard d'un examen, d'une formalité ou d'une intervention en particulier. Pareille demande donne l'occasion au client ou à la cliente de fournir au pourvoyeur ou à la pourvoyeuse de soins de santé des renseignements pertinents à la situation courante, sans avoir à faire état d'épisodes passés de violence interpersonnelle.

- Recourir à un ensemble de questions fermées ou ouvertes qui permettent au patient ou à la patiente de fournir toute précision qui lui semble pertinente
- Voici un exemple de question fermée à poser d'entrée de jeu :
 - « Avez-vous déjà eu du mal avec des examens ou des formalités semblables ? »

En cas de réponse affirmative, enchaîner par une question ouverte, par exemple :

- « Que puis-je faire pour vous rendre la chose plus facile ? »
- Avant le début de l'examen, donner encore une fois au patient ou à la patiente l'occasion de partager des renseignements qui lui semblent pertinents :
 - « Avant que nous commençons, y a-t-il autre chose que je devrais savoir ? »
- En cas de malaise apparent, formuler une nouvelle demande de renseignements spécifiques à la tâche. Par exemple :
 - « Vous semblez vous crisper à chaque fois que je me tiens derrière vous. Cela vous indispose-t-il que quelqu'un se tienne ainsi ou touche votre dos ? »

Si le patient ou la patiente répond par l'affirmative :

- « Que puis-je faire pour vous rendre cette partie de l'examen plus facile ? »
- Les demandes de renseignements spécifiques à la tâche sont susceptibles de rassurer les personnes ayant survécu à une agression sexuelle qui nient éprouver un malaise, mais dont le langage corporel affirme tout le contraire. Expliquer qu'il serait préférable que le patient ou la patiente se détende pour la conduite de l'examen et demander son aide pour trouver une approche différente relative à l'élément qui pose problème. Par exemple :
 - « Cela vous aiderait-il d'avoir un miroir pour voir ce que je fais ? »

i Section 8.7 – Questions d'ordre juridique et questions relatives à la tenue de dossiers

6.4 Suggestions générales visant les examens

Conformément au quatrième principe (« partager l'information »), les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé devraient éviter de supposer qu'un patient ou une patiente comprenne ses comportements et connaisse les motifs qui l'animent. Ainsi, il est important que les praticiens et praticiennes

commentent au fur et à mesure le déroulement des examens ou formalités en expliquant la nature et le bien-fondé des gestes posés. En outre, il est crucial de réitérer l'appel à poser des questions :

J'ai remarqué que, souvent, le praticien ou la praticienne que tu consultes suppose tout naturellement que tu partages une partie de son savoir concernant son travail ... Et pourquoi en serait-il ainsi ? Je n'ai pas reçu de formation à cette fin, ce qui rend la situation très frustrante ! Et l'autre qui me pense informée (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.255}.

Il est crucial de réitérer l'appel à poser des questions.

Bien qu'ils puissent paraître familiers aux cliniciens et aux cliniciennes, les établissements de santé constituent des milieux étranges et terrifiants pour de nombreuses personnes ayant survécu à une agression sexuelle. Le simple fait d'y être risque d'ébranler la capacité de ces personnes de poser des questions ou de verbaliser leurs besoins — une réalité qu'on ne soulignera jamais assez :

Je me sens très [silence], presque effrayé. Jusqu'à un certain point, j'éprouve le syndrome de la « réaction de combat ou de fuite », et je serais prêt à bondir sur mes pieds pour me précipiter vers la sortie. Je sais que cela découle de problèmes qui remontent à l'enfance. Néanmoins, ces sentiments m'envahissent au point où je ne n'arrive plus à penser aux motifs de ma visite, aux questions que je veux poser au clinicien ou à la clinicienne. J'en oublie même quel jour nous sommes (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Bien qu'elles exigent de consacrer un certain temps à la pratique sensible des examens ou des traitements, les stratégies suivantes s'avèrent importantes à l'établissement de bons rapports fondés sur un sentiment de confiance et de sécurité. À long terme, elles permettent peut-être même de gagner du temps :

- passer en revue les antécédents de santé *avant* de prier le client ou la cliente de se dévêtir en vue de l'examen physique ;
- demander au patient ou à la patiente de dresser une liste de questions et de préoccupations pour chaque rendez-vous à venir, en vue d'apaiser son sentiment d'anxiété ;
- inviter la personne à poser des questions tout au long de la rencontre ;
- prévoir assez de temps pour aider la personne à bien comprendre le travail qui est fait ;
- tenter de trouver un juste équilibre entre la méthode qui consiste à proposer des termes pour décrire les symptômes

(« diriez-vous que votre douleur est vive et localisée ou sourde ; qu'elle s'accompagne de battements douloureux ou qu'elle est constante ? ») et celle qui consiste à inciter le patient ou la patiente à trouver son propre vocabulaire (cette question s'avère particulièrement importante du fait que de nombreuses personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont appris à ignorer leur corps et doivent prendre plus de temps pour décrire leurs symptômes) ;

- ne pas insister sur les sujets qui semblent gêner la personne ou sur les questions auxquelles elle peine à répondre, et y revenir plus tard ;
- recourir à une *formule écrite de consentement éclairé* rédigée dans un langage facile à comprendre, dénué d'abréviations, de jargon et de termes scientifiques ;
- faire comprendre à la personne qu'elle peut retirer son consentement en tout temps sans risque de sanction ;
- porter une attention particulière au langage susceptible de calmer l'anxiété du patient ou de la patiente (p. ex., demander à la personne de *se changer* plutôt que de *se dévêtir*, faire référence à la *table d'examen* plutôt qu'au *lit* et parler de *sous-vêtements* plutôt que de *petites culottes*).

i Section 6.6 – Consentement éclairé

Annexe F – Rédaction des formules de consentement dans un langage clair et simple (exemple compris)

Ressources et ouvrages recommandés – Sites Web consacrés à l'usage d'un langage clair et simple

Tout au long de l'examen physique :

- éviter d'abuser des questions fermées et des questions par oui ou non (une personne ayant une déficience intellectuelle pourrait être tentée de donner des réponses qui plaisent au clinicien ou à la clinicienne ; par ailleurs,

du fait que les personnes handicapées courent un risque particulièrement élevé de subir des violences pendant l'enfance, le clinicien ou la clinicienne qui traite ce genre de client ou de cliente devrait porter une attention spéciale aux signaux non verbaux) ;

- éviter d'approcher le patient ou la patiente dans son dos et s'abstenir de faire des mouvements rapides ou imprévus, car certaines personnes sont portées à sursauter facilement ;
- aviser le patient ou la patiente avant de délaissier une partie de son corps pour s'attarder à une autre ;
- expliquer le bien-fondé de l'examen de parties du corps autres que celles où se manifestent des symptômes ;
- inciter la personne à demander une pause ou à exiger que le traitement soit ralenti ou interrompu si elle doit dissiper un malaise ou calmer un sentiment d'anxiété ;
- avertir le patient ou la patiente si l'examen ou la formalité risque d'être désagréable et collaborer avec la personne pour minimiser son inconfort en lui demandant de donner une rétroaction et en y réagissant, et ce, tout au long de la procédure (p. ex., demander « comment vous sentez-vous ; peut-on continuer ? » ; en cas de réponse négative, faire une pause jusqu'à ce que le travail puisse reprendre) ;
- éviter de donner des assurances spécieuses ou trompeuses qui traduisent du dédain ou une méconnaissance des craintes de la personne (p. ex., ne pas dire « faites-moi confiance » ou « n'ayez crainte, tout ira bien », mais plutôt « je sais que c'est pénible ; que puis-je faire pour vous rendre la chose plus facile ? »).

Bien qu'elles exigent parfois un certain temps, ces stratégies s'avèrent importantes à l'établissement de bons rapports fondés sur un sentiment de confiance et de sécurité. À long terme, elles permettent peut-être même de gagner du temps.

6.5 La question du temps

Dans le cadre des consultations menées aux fins du projet, la plupart des personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont dit reconnaître les contraintes de temps imposées aux praticiens et praticiennes de la santé. Affirmant n'exiger aucun traitement particulier, ces personnes ont cependant joint leur voix à celle des praticiens et praticiennes participants en vue de formuler trois suggestions susceptibles d'assurer une utilisation plus efficace du temps disponible :

- dès l'amorce d'un rendez-vous ou d'une rencontre, informer le client ou la cliente du temps disponible et négocier conjointement le meilleur usage à faire de cette ressource (en milieu clinique, le praticien ou la praticienne de la santé pourrait dire « nous avons quinze minutes pour ce rendez-vous : à quoi devrions-nous nous attarder ? » ou « nous avons quinze minutes et j'entends ... y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez ou dont vous auriez besoin ? » ; au service des urgences d'un hôpital, le praticien ou la praticienne pourrait plutôt dire « mon nom est ... , infirmière [ou infirmier], et je vais veiller sur vous. Nous sommes très occupés aujourd'hui, alors vous devrez attendre au moins une heure avant de consulter un médecin ou une médecin ... Je dois maintenant obtenir quelques renseignements de votre part. Par la suite, je passerai toutes les quinze minutes environ pour vérifier votre état. Si vous avez besoin de moi, n'hésitez pas à appuyer sur le bouton d'appel » ;
- tâcher autant que possible d'éviter les interruptions — assistant ou assistante, collègue, téléavertisseur, téléphone cellulaire, BlackBerry, appel téléphonique ou autre (là où huit à dix minutes de travail ininterrompu suffiraient, le praticien ou la praticienne que l'on dérange sans cesse

aura peut-être besoin de vingt minutes pour s'attarder au patient ou à la patiente et atteindre l'objectif de l'échange) ;

- miser sur la communication verbale et non verbale pour démontrer l'attention et l'intérêt portés au patient ou à la patiente (p. ex., le praticien ou la praticienne de la santé qui réalise l'entrevue en se tenant debout, la main sur la porte du bureau, ou qui quitte brusquement et sans explication pour répondre à un appel téléphonique fait comprendre à la personne qu'elle n'est pas l'objet central de son attention).

Tout au long du projet, les participants et participantes ont répété que les échanges de courte durée constituaient le principal obstacle à la mise en œuvre des préceptes de pratique sensible, et ce, en raison des pressions concrètes imposées par les contraintes de temps. Lors des consultations, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle et les praticiens et praticiennes de la santé ont prôné la multiplication des efforts en faveur de l'intégration des principes pour la pratique sensible dans les échanges de courte durée, attendu qu'une telle intégration exige un engagement ferme de même qu'une bonne dose d'ingéniosité.

6.6 Consentement éclairé

Élément important de la responsabilité qu'exercent les praticiens et praticiennes à l'égard de leurs clients et clientes, l'obtention d'un consentement éclairé en vue de la conduite d'examen ou de traitements repose sur un cadre dont la gestion relève autant de la Loi que des ordres professionnels et des organismes d'attribution des permis. Les cliniciens et cliniciennes sont priés de veiller à bien connaître toutes les sources de renseignements appropriées à propos du consentement éclairé. Ce dernier suppose une explication des ennuis de santé ainsi que la formulation de recommandations visant à aborder le problème. Ces recommandations

doivent donner lieu à un échange portant sur la nature des traitements, sur leurs bienfaits et les risques physiques et effets secondaires qui s'y rattachent ainsi que sur les autres lignes de conduite possibles et les conséquences probables de l'inaction. Dans maints milieux de santé, les formules de consentement écrit comptent parmi les outils utilisés pour obtenir le consentement éclairé. Le cas échéant, les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé sont priés de rédiger ces formules dans un langage clair et simple.

La présente section souligne les dimensions du consentement éclairé qui s'avèrent particulièrement pertinentes aux personnes ayant survécu à une agression sexuelle. Du fait que ces personnes aient été exposées tôt dans leur vie à la transgression des limites, il est primordial que les praticiens et praticiennes portent une attention particulière à l'obtention d'un consentement qui va au-delà des formules uniformes et s'intègre en permanence à leur travail auprès des patients et patientes :

Les cliniciens et cliniciennes sont priés de veiller à bien connaître toutes les sources de renseignements appropriées à propos du consentement éclairé.

survécu à une agression sexuelle. Du fait que ces personnes aient été exposées tôt dans leur vie à la transgression

Quand j'étais enfant ... tu pouvais dire oui [consentir à une chose], mais Seigneur, tu ignorais ... que tu te retrouverais ailleurs et que tu y connaîtrais un tel sort ! Alors c'est là que tu vas (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

- ① Annexe F – Rédaction des formules de consentement dans un langage clair et simple (assorti d'un exemple rédigé par une personne ayant survécu à une agression sexuelle, dans le but d'aider les patients et patientes à bien comprendre)

Dans bien des cas, chaque élément distinct d'un examen ou d'une formalité doit faire l'objet d'un consentement :

Un consentement permanent [est requis]. Je ne donne pas de consentement général pour qu'on me touche (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Cela dit, la nature du consentement peut varier selon les circonstances. Certains hommes ont fait valoir que s'enquérir de leur degré d'acceptation revenait à demander leur consentement une fois l'examen enclenché. Pour d'autres personnes ayant survécu à une agression sexuelle, une fois la relation de confiance établie, il n'était pas nécessaire que le praticien ou la praticienne demande sans cesse le consentement pour chaque élément de la procédure :

À mesure que se resserre notre lien de confiance, l'autre personne franchit un stade où elle n'a plus à me le demander. Et moi je franchis un stade où je puis dire « vous n'avez plus à me demander la permission ; je vous fais maintenant confiance, car je sais que vous ne me ferez aucun mal » ... Mais dans certains cas les praticiens et praticiennes de la santé doivent demander la permission pour que ces stades soient atteints (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

La participation d'autres personnes à tout examen ou toute formalité exige un consentement supplémentaire. Il est important de s'enquérir de la participation d'étudiants ou d'étudiantes *en l'absence* de ces derniers. Par ailleurs, même lorsque le client ou la cliente a consenti au préalable à ce que des étudiants ou étudiantes prennent part à des formalités précises, on doit toujours vérifier le consentement à la participation des mêmes individus à de nouvelles activités, surtout s'il s'agit d'examens délicats. Parfois, le patient ou la patiente accepte qu'un étudiant ou une étudiante assiste à une partie de l'examen, mais pas à l'examen tout entier :

Elle m'a simplement dit ... qu'elle serait accompagnée d'un étudiant ou d'une étudiante qui l'aiderait à retirer l'emballage. Elle ne m'a pas demandé la permission ... Selon moi, un étudiant ou une étudiante qui participe ainsi reçoit un privilège, et il faut quand même respecter les sentiments du patient ou de la patiente à propos de cette présence

(témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

En toute circonstance, il incombe au praticien ou à la praticienne de veiller à ce que le patient ou la patiente soit tout à fait au courant et consente à la suite des événements :

Au retour [de la praticienne], tout juste avant [de poursuivre le traitement], elle m'a demandé : « êtes-vous à l'aise avec cette situation ? », « est-ce que ça va ? », « comprenez-vous ce que je fais ? » Cela a tellement facilité les choses ! Parce que si tu te sens bien, voilà que tout à coup le malaise peut s'installer ... Alors elle m'a donné l'occasion de parler et de l'informer si soudain je devais changer d'idée et me sentir indisposée, peu importe la raison. J'avais le sentiment d'être aux commandes. J'avais l'impression d'avoir le dernier mot à propos de la suite des événements (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.254}.

On ne peut sous-estimer la responsabilité du clinicien ou de la clinicienne en ce qui touche la surveillance de la communication verbale et non verbale provenant du client ou de la cliente ainsi que la suite à donner à cette communication. Certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle s'efforcent de surmonter l'apprentissage, pendant leur enfance, de la passivité à l'endroit des symboles d'autorité :

En toute circonstance, il incombe au praticien ou à la praticienne de veiller à ce que le patient ou la patiente soit tout à fait au courant et consente à la suite des événements.

Selon moi, il ne suffit pas de simplement dire « à tout moment si vous êtes mal à l'aise ... » parce que quelqu'un peut répliquer « bien, je

comprends » et ne jamais rien dire ... car on nous apprend carrément à ne rien dire. Nous ne posons tout simplement pas de questions. Je sais qu'il existe bien des gens comme moi qui diraient « reçu cinq sur cinq », puis se tairaient peu importe la suite. Alors je crois que le praticien ou la praticienne de la santé rendrait un grand service à ces personnes en vérifiant et en contre-vérifiant. Pas nécessairement à chaque minute, mais peut-être lors de chaque passage à une étape délicate du travail qui s'effectue. Contre-vérifier tout simplement.

« Comment ça va ? Je vais maintenant faire quelque chose de différent. En tout temps, si vous êtes mal à l'aise, dites-le-moi, et nous verrons ce qu'il y a moyen de faire » (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Pour réunir les conditions propices au maintien constant d'un consentement éclairé, les praticiens et praticiennes doivent :

Quelle que soit sa nature ou la catégorie de praticiens et de praticiennes en cause, le toucher risque d'être source d'anxiété.

- laisser assez de temps au patient ou à la patiente pour explorer ses craintes, poser des questions et décider s'il est acceptable ou non d'aller de l'avant ;
- demander le consentement pour chaque élément d'un examen ou d'un traitement ;
- obtenir le consentement avant d'inviter des étudiants ou étudiantes à observer la personne ou à travailler auprès d'elle ;
- garder à l'esprit qu'il incombe au clinicien ou à la clinicienne de s'assurer que le client ou la cliente maintienne vraiment son consentement ;
- réagir à la communication verbale et non verbale que présente le client ou la cliente au moment où s'éclaire le consentement.

6.7 Le toucher

Je consulte rarement les médecins. J'y vais seulement en cas d'absolue nécessité et pour mes examens physiques. Je réagissais par dissociation, c'était la seule façon pour moi de m'adapter ... à chaque fois qu'on me touchait (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Lors des consultations réalisées aux fins du projet, la plupart des personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont fait valoir que toute forme de toucher risquait d'éveiller l'anxiété. Ce commentaire vaut pour le toucher provenant de tous les groupes de praticiens et de praticiennes exerçant leur métier dans un large éventail de

situations, qu'il s'agisse par exemple de mesurer la pression sanguine, de prendre un échantillon sanguin ou d'effectuer un examen physique complet :

Le toucher est pénible à subir, mais mon seuil de tolérance s'élève lorsque je me sens en sécurité (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

De l'avis des personnes ayant survécu à une agression

sexuelle et participé au projet, il est primordial que le praticien ou la praticienne s'explique *avant* et *pendant* le contact, car il en va du sentiment de sécurité du patient ou de la patiente :

[Il est utile] d'avoir de l'information et de savoir à l'avance qu'on va nous toucher ; ainsi nous sommes moins surpris quand survient le contact (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

S'ils comprennent la dynamique de la violence et reconnaissent certaines des difficultés que soulève, en matière de contact physique, l'expérience des personnes ayant survécu à une agression sexuelle, les praticiens et praticiennes de la santé seront plus à même d'élaborer des stratégies relatives aux interventions fondées sur le toucher :

Les gens avaient l'habitude de me toucher, et cela me replongeait dans l'expérience des violences sexuelles et physiques du passé ... Les praticiens et praticiennes de la santé qui remarquent un certain mouvement de recul chez leurs patients ou patientes devraient tenter d'en connaître la cause (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Il peut être pénible, pour certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle, de composer avec un clinicien ou une clinicienne qui a recours au toucher pour expliquer un problème de santé ou effectuer un traitement :

[Certains cliniciens et cliniciennes] croient automatiquement avoir le feu vert pour procéder. « Bien, nous allons nous attarder ...

à ces muscles [avec contact] ... parce qu'il faut renforcer ceci, car il en résulte cela et ... » Il n'y a là aucune intention [de procéder à des attouchements] ... Une fois rentré chez moi et calmé un peu, [je] réfléchis et me dis qu'ils [n'ont rien fait] de mal sur le plan sexuel. Mais néanmoins, quand la première réaction se déclenche, il devient très difficile de s'adapter à la situation. Cela éveille une foule de souvenirs ... et tu oublies complètement ce que tu es venu faire là (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

D'autres témoignages recueillis auprès de personnes ayant survécu à une agression sexuelle font état de leur souci constant de sonder les intentions de l'individu qui touche, d'évaluer la qualité de ce contact et de réagir à la situation :

Si tu trouves en présence de [travailleurs ou travailleuses de la santé] qui font preuve d'agressivité ... dans la manière dont ils te touchent, alors le sentiment d'intimidation est immédiat, et l'insécurité s'installe (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Il n'existe pas de mode de toucher universel pouvant convenir à tout client ou toute cliente. Un contact délicat conviendra à certaines personnes, mais sera perçu par d'autres comme un geste suggestif :

En ce qui touche la délicatesse du toucher, un contact ferme, mais non agressif, serait souhaitable. Trop délicats, les contacts risqueraient d'être vus comme des avances sexuelles (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

En dépit de la peur et de l'anxiété ressenties par nombre d'entre elles, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet ont souligné les effets positifs du toucher :

À des fins de guérison, je crois que le toucher ... a sa place, selon ma propre expérience, et il aide à rebâtir la confiance (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Du fait que les contacts physiques représentent un enjeu fondamental pour les personnes ayant survécu à la violence sexuelle à l'endroit

d'enfants, les praticiens et praticiennes de la santé devraient, avant et pendant toute rencontre exigeant le recours au toucher :

- reconnaître que, pour de nombreuses personnes ayant survécu à la violence sexuelle à l'endroit d'enfants, le toucher n'a jamais rien de banal ;
- informer les patients et patientes de la nature et du bien-fondé des contacts liés à tout examen ou toute formalité ;
- faire preuve de sensibilité à l'égard de la nature et du dessein de tout contact et échanger avec les patients et patientes de leurs réactions à différentes formes de toucher ;
- établir un contexte où les personnes sont libres d'articuler leurs réactions au toucher et d'explorer l'apport de ce dernier à la guérison.

6.8 Examens et formalités visant le pelvis, le sein, les organes génitaux ou le rectum

D'après les témoignages recueillis, l'examen du pelvis et du sein (chez la femme) et l'examen des organes génitaux et du rectum (chez l'homme) sont les deux étapes les plus pénibles d'un examen physique. Certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet ont évoqué les flashbacks que ces procédures pouvaient déclencher en elles :

Cela peut déclencher ... des sueurs nocturnes, de vives douleurs rectales et d'inexplicables accès d'anxiété (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

D'autres sont absolument incapables de tolérer ces examens :

Je ne crois pas que je laisserais qui que ce soit me toucher maintenant ... personne ne pourrait me faire un examen interne. Non ! Je refuse de revivre une telle vulnérabilité (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Selon les participantes et participants des études, les praticiens et praticiennes devraient d'abord décrire le déroulement normal de l'examen, puis demander au patient ou à la patiente s'il y aurait lieu d'apporter de quelconques ajustements :

Vous savez, ils veulent mesurer ta pression sanguine, et je leur dis « vous feriez mieux d'effectuer au préalable le test de PAP, sans quoi les résultats seront alarmants ! Après le test, ma pression sanguine se rétablira » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

En étant si tendue à propos de cette formalité, il m'était très difficile de parler en général des autres éléments de l'examen ou de répondre aux questions concernant la grossesse ou d'autres sujets du genre ... Le rituel des questions et réponses précède toujours l'examen physique proprement dit, et je me sentais très stressée, paralysée en quelque sorte. Je crois n'avoir jamais vraiment donné de renseignements à cause de cela. Il aurait peut-être été préférable d'effectuer d'abord l'examen, de s'en débarrasser pour qu'ensuite je retrouve mon aplomb ... Ou alors me faire accompagner, ce que je n'ai jamais fait. Je suppose que cela aurait [facilité les choses] (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Il n'existe aucune stratégie simple pouvant convenir à toute situation.

Cela faisait dix-huit mois que je consultais [ma médecin de famille]. Je remettais sans cesse mon examen physique, et elle l'a remarqué. Elle soulevait sans cesse la question et me rappelait d'agir, jusqu'au jour où j'ai avoué ma peur de me retrouver sur le dos, vêtue d'une simple jaquette de papier. Elle a répondu que rien n'interdirait que je sois partiellement assise tout au long de l'examen, notamment pour l'examen du pelvis. Maintenant elle offre cette possibilité à toutes ses patientes. Elle m'a révélé que notre conversation avait été importante pour elle (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

Parce qu'il n'existe aucune stratégie simple pouvant convenir à toute situation, il importe :

- de recourir aux demandes de renseignements spécifiques à la tâche avant l'examen afin de prendre connaissance des difficultés à prévoir et de négocier avec la personne pour trouver des méthodes susceptibles de minimiser son malaise ;
- de commenter au fur et à mesure les gestes qui sont posés ;
- de porter attention aux signes non verbaux de détresse (p. ex., contraction des muscles, réflexes d'appréhension, attitude d'une personne défoncée, rougissement

du visage, larmes ou bégaiement) et de demander au client ou à la cliente de donner une rétroaction à propos des méthodes susceptibles de rendre la situation moins pénible ;

- de minimiser la période pendant laquelle la personne est maintenue dans une position où elle peut se sentir dominée ;
- de recouvrir les parties de corps ne faisant pas l'objet d'un examen ;
- de permettre au patient ou à la patiente de vêtir les parties de son corps qui ne sont pas visées par l'examen (p. ex., le torse, les bras ou les pieds) ;
- d'offrir au client ou à la cliente un miroir permettant d'observer le déroulement de l'examen ou du traitement ;
- dans certains cas, de suggérer à une patiente tendue d'insérer elle-même le spéculum afin qu'elle puisse exercer un certain contrôle sur l'intrusion ;
- si possible, de procéder à l'examen du pelvis de façon à ce que la tête et le haut du corps de la femme soient légèrement surélevés, comme suit :

i Section 6.3 – Demandes de renseignements spécifiques à la tâche

6.9 Position du corps et proximité

Dans le cadre du projet, les hommes et femmes ayant survécu à une agression sexuelle ont fait état des difficultés qu'ils éprouvaient à se retrouver partiellement nus dans certaines positions, dominés par un clinicien ou une clinicienne portant tous ses vêtements. Les praticiens et praticiennes de la santé peuvent aborder la question de la position comme toute autre dimension de l'examen ou du traitement, à savoir en expliquant le bien-fondé de la position à adopter, en obtenant le consentement de la personne, en étant à l'affût de signes de détresse manifestée par cette dernière et en donnant des commentaires au fur et à mesure :

[Je devais reposer sur le ventre] et cela m'indisposait sérieusement. En fin de compte, sans donner d'explication je lui ai dit : « je n'y arrive pas, je ne peux rester sur le ventre ; pouvons-nous procéder autrement ? » [À cela il a répondu] « heu, oui, vous pouvez vous redresser le torse ». Ainsi il y avait possibilité de choix (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Je n'aime pas sentir quelqu'un debout derrière moi, mais [s'il le faut] ... L'explication revêt une grande importance (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

D'autres participants et participantes ont évoqué le malaise ressenti lorsque le clinicien ou la clinicienne devait adopter certaines positions ou se placer très près d'eux, notamment pour examiner les yeux, les oreilles et la cavité buccale ou pour effectuer des traitements comme un ajustement vertébral.

Les praticiens et praticiennes de la santé peuvent aborder la question de la position comme toute autre dimension de l'examen ou du traitement, à savoir en expliquant le bien-fondé de la position à adopter, en obtenant le consentement de la personne, en étant à l'affût de signes de détresse manifestée par cette dernière et en donnant des commentaires au fur et à mesure.

6.10 Grossesse, travail, accouchement et post-partum

[La grossesse] est une [période] de grande vulnérabilité ... pour les femmes ayant subi des sévices sexuels. Pour ma part, j'avais un peu peur, ne sachant trop ce qui en ressortirait. Par exemple, je risquais d'avoir des flashbacks pendant le travail (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

La procréation est une expérience profonde pour la plupart des femmes. Cette aventure risque cependant de s'avérer particulièrement pénible pour les femmes ayant des antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance. Dans leur ouvrage intitulé *When Survivors Give Birth*, Penny Simpkin et Phyllis Klaus décrivent la grossesse en ces termes^{150p.33} :

Une période de changements monumentaux pour les femmes — une étape où se croisent le passé, le présent et l'avenir, un moment d'ouverture et de vulnérabilité. La grossesse contribue à éveiller des souvenirs d'enfance et à remuer des événements passés. Le présent évoque un paradoxe qui oppose l'exaltation d'une nouvelle vie à la peur et à l'anxiété [traduction].

Selon Simpkin et Klaus, certaines femmes ayant survécu à une agression sexuelle perçoivent la grossesse comme un indice de « normalité ». À mesure que leur corps se transforme pour

accueillir une nouvelle vie, ces futures mères développent une nouvelle confiance personnelle et interpersonnelle. Pour d'autres femmes, par contre, l'expérience de la grossesse éveille le souvenir de violences sexuelles pendant

l'enfance. Dans le récit de son histoire, Christine⁴⁰, une femme ayant survécu à l'inceste, déclare n'avoir eu aucun souvenir conscient de ses mauvais traitements avant la naissance de son troisième enfant. Après coup, la découverte de ses sévices lui

a permis de comprendre les difficultés éprouvées lors de chacune de ses grossesses : ses pleurs apparemment sans raison à la suite de chaque consultation prénatale ; ses violentes nausées et violents vomissements ; ses lentes et interminables périodes de travail alors que l'enfant était en retard ; ainsi que ses graves épisodes de dépression postnatale. En outre, cette violence expliquait chez elle une vie entière de honte et de méfiance à l'égard du corps, un immense besoin de contrôle ainsi qu'une lutte incessante contre la dépression. Christine a gardé souvenir de la bienveillance des praticiens et praticiennes qui l'ont soignée pendant et après ses grossesses, bien qu'aucun d'entre eux ne l'ait jamais interrogée à propos de possibles antécédents de mauvais traitements.

Certaines recherches ont observé que, par rapport aux femmes dépourvues d'antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance, les femmes ayant survécu à une agression sexuelle : hésitaient davantage à aborder leurs besoins de santé ; entretenaient de moins bonnes relations avec les aidants et aidantes ; éprouvaient plus d'anxiété et de peur à l'égard du travail et de l'accouchement ; faisaient plus souvent état d'expériences de naissance décevantes ; étaient plus souvent traumatisées ou retraumatisées par ces expériences ; souffraient plus souvent de troubles psychologiques pendant la période post-partum ; et éprouvaient de plus grands ennuis en ce qui touche l'allaitement naturel et l'exercice du rôle parental^{76,84,93,129,133,147,150,180,182}.

Dans le monde occidental, les soins prénataux « de qualité » reposent sur de fréquents rapports avec des praticiens et praticiennes de la santé — médecins, infirmières et infirmiers, sages-femmes ou sages-hommes, techniciens ou techniciennes en ultrasonographie, personnel de laboratoire

et autres. Par ailleurs, ces soins prévoient de nombreux examens, tests, formalités et traitements qui risquent de s'avérer pénibles pour les personnes ayant survécu à une agression sexuelle. Debra Hobbins⁸⁴ dresse la liste suivante d'expériences périnatales susceptibles d'éveiller le souvenir de violences sexuelles subies pendant l'enfance :

- le déshabillage ;
- l'exposition ou l'examen des parties génitales ;
- les côtés de lit surélevés ;
- la contention ou le confinement sur un lit au moyen de dispositifs (tels qu'un cordon de moniteur fœtal, une ceinture, un brassard de tensiomètre ou un masque à oxygène) ;
- la sédation (analgésiques) ;
- les demandes d'aide ignorées ou traitées tardivement.

Certaines recherches ont observé que les femmes ayant survécu à une agression sexuelle : hésitaient davantage à aborder leurs besoins de santé ; entretenaient de moins bonnes relations avec les aidants et aidantes ; éprouvaient plus d'anxiété et de peur à l'égard du travail et de l'accouchement ; faisaient plus souvent état d'expériences de naissance décevantes ; étaient plus souvent traumatisées ou retraumatisées par ces expériences ; souffraient plus souvent de troubles psychologiques pendant la période post-partum ; et éprouvaient de plus grands ennuis en ce qui touche l'allaitement naturel et l'exercice du rôle parental.

Pareille liste démontre à quel point il importe de s'enquérir des antécédents de violence et de mauvais traitements lors de l'interrogatoire mené auprès de toute patiente ou tout patient :


Je craignais que les soins ne conviennent pas, car [l'équipe] n'était pas au courant pendant ma première grossesse. Tous étaient dans le noir le plus complet. Personne

ne m'a demandé quoi ce soit, et j'étais mal à l'aise d'en parler en raison de ma situation. Je n'avais pas cette voix me donnant les moyens de revendiquer, de dire : « eh bien, voici ce qu'il me faut, voici mon parcours, je dois savoir que vous comprenez, je dois pouvoir compter sur vous si mon esprit se ferme » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Une sage-femme praticienne ayant participé à la seconde étude réalisée dans le cadre du projet a expliqué qu'elle consacrait parfois les deux ou trois premières consultations prénatales à un simple échange avec ses clientes, attendant que ces dernières leur fassent part du moment où elles seraient prêtes à subir un examen physique. Soucieuse de minimiser les formalités invasives et les

possibles éléments déclencheurs, cette praticienne s'en tenait aux interventions qui s'imposent et s'efforçait de faire preuve de souplesse (p. ex., en permettant aux femmes d'exécuter elles-mêmes certaines formalités comme l'écouvillage).

Les principes et les lignes directrices pour la pratique sensible énoncés dans le *Manuel de pratique* jettent des bases utiles en vue de la prestation de soins périnataux. Les praticiens et praticiennes de la santé qui collaborent étroitement avec les femmes tout au long de la grossesse, de la naissance et de la période post-partum sont invités à lire l'ouvrage de Simpkin et Klaus, *When Survivors Give Birth*¹⁵⁰, pour obtenir des directives plus précises et plus détaillées concernant la prestation de soins sensibles et respectueux.

 Ressources et ouvrages recommandés – Grossesse, travail et post-partum

6.11 Santé bucco-dentaire et soins du visage

Bien que les lignes directrices pour la pratique sensible s'avèrent pertinentes à tout type de praticien ou de praticienne, certaines questions particulières se posent dans le cas des personnes qui dispensent des soins visant la bouche, la mâchoire et le visage. Les enfants sont parfois soumis à des violences sexuelles buccales, et c'est pourquoi de nombreuses personnes ayant survécu à une agression sexuelle

ont du mal à tolérer les pratiques liées à la santé bucco-dentaire et aux soins du visage, notamment la position qu'elles doivent adopter pendant les

traitements, la proximité du clinicien ou de la clinicienne ainsi que l'odeur et la sensation que laissent certains produits — gants en latex, alcool éthylique et autres :

Les praticiens et praticiennes de la santé qui collaborent étroitement avec les femmes tout au long de la grossesse, de la naissance et de la période post-partum sont invités à lire l'ouvrage de Simpkin et Klaus, *When Survivors Give Birth*¹⁵⁰, pour obtenir des directives plus précises et plus détaillées concernant la prestation de soins sensibles et respectueux.

Trop de choses à la fois dans ma bouche ... On

me demande de tenir la bouche ouverte trop longtemps, car c'est exactement ce qu'il faut faire quand quelqu'un t'oblige à avoir des contacts sexuels buccaux, comme quand t'es enfant, parce que ta bouche est trop petite (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Ainsi, il devient particulièrement pertinent de connaître les antécédents de violence d'un patient ou d'une patiente devant recevoir des soins bucco-dentaires ou des soins du visage :

De nombreuses personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont un mal énorme à tolérer les pratiques liées à la santé bucco-dentaire et aux soins du visage.

Comme je prévoyais qu'une certaine formalité m'occasionne [des difficultés], j'ai dit « vous devriez savoir que j'ai

survécu à une agression sexuelle et ... c'est peut-être en partie pourquoi je réagis ainsi ! » ... Alors si j'ai une réaction psychotique pendant qu'il me joue dans la bouche, il sera mieux informé et connaîtra davantage le défi qui l'attend (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

 Section 7.6 – Éléments déclencheurs et dissociation

Les soins bucco-dentaires risquent de raviver les sentiments d'impuissance et de vulnérabilité éprouvés pendant l'enfance par les personnes ayant survécu à une agression sexuelle :

Vous n'avez aucun contrôle parce que vous êtes dans le fauteuil, votre bouche est gelée, et vous êtes plus ou moins à la merci de cette personne

(témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

En aidant la personne ayant survécu à une agression sexuelle à se sentir aux commandes lors du traitement, le praticien ou la praticienne participe à l'apaisement des peurs inspirées par les sévices passés tout en favorisant une meilleure collaboration pendant la procédure. Comme mentionné précédemment, la pratique qui consiste à partager l'information et à demander la permission avant d'entreprendre les traitements contribue souvent à atténuer les sentiments d'anxiété et d'impuissance qu'éprouve le patient ou la patiente.

[Le dentiste] expliquait son travail étape par étape. Il disait « maintenant je vais nettoyer vos dents » ou « maintenant je vais vaporiser un peu d'eau sur cette dent, qui vous paraîtra peut-être un peu sensible ». Sans faire de zèle, il décrit chaque geste qu'il pose. Ainsi j'ai une image précise de ce qu'il cherche à accomplir et des prochains gestes qu'il va poser. Et cela s'est avéré extrêmement utile (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

Bien qu'elles puissent sembler répétitives aux yeux des praticiens et praticiennes, les pratiques qui consistent à donner de fréquentes explications et à obtenir le consentement à chaque étape revêtent une grande valeur pour les patients et patientes rongés par l'appréhensivité. En outre, il est utile de s'enquérir du sentiment d'aise de la personne, de donner suite à tout indice fourni par un langage corporel négatif ainsi que de convenir des signes à faire de la main pour demander (au besoin) l'arrêt de la procédure.

La plupart du temps [le dentiste dit] « vous connaissez les signaux, n'est-ce pas ? », et je répons « ouais ! », et toujours il passe en revue les signaux ... « Vous faites ceci pour signifier oui, et cela pour signifier non. Et voilà le geste à poser pour arrêter » (témoignage

d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)^{156p.1280}.

Dans le cas de nombreux patients et patientes, il serait utile de programmer des pauses lors des rendez-vous ou, dans la mesure du possible, de prévoir deux brèves rencontres plutôt qu'un seul rendez-vous de longue durée.

En aidant la personne ayant survécu à une agression sexuelle à se sentir aux commandes lors du traitement, le praticien ou la praticienne s'attaque aux peurs que traîne cette personne en raison des sévices subis par le passé tout en posant les jalons d'une conformité accrue pendant la procédure.

[Quand j'ai dit à mon dentiste que j'éprouvais des difficultés ce jour-là, il a répondu] « eh bien, que puis-je faire pour vous ? », « êtes-vous à l'aise dans ce fauteuil ? », « aurons-nous à prévoir d'autres pauses

aujourd'hui ? » ... Cet homme fait preuve d'un respect tout à fait incroyable. Il est formidable (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

i Section 6.3 – Demandes de renseignements spécifiques à la tâche

Par ailleurs, pour certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance, il est pénible de se retrouver au fond d'un fauteuil de dentiste dont le dossier est incliné, au-dessous d'un praticien ou d'une praticienne qui travaille tout près :

Je me sentais vraiment coincé dans le fauteuil, en situation très vulnérable — vous savez, vous êtes là sur le dos, la bouche ouverte. Pour moi, le traumatisme que j'ai vécu a été provoqué en grande partie alors que j'étais sur le dos ... alors [d'avoir un travailleur ou une travailleuse de la santé] ... au-dessus de moi, je trouve cela très menaçant (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Dans ce genre d'intervention, le patient ou la patiente se retrouvera tôt ou tard en position couchée. Néanmoins, l'échange de renseignements et l'obtention du consentement devraient survenir pendant que la personne est encore assise en position verticale. Par ailleurs, le patient ou la patiente acceptera peut-être plus facilement d'adopter la position couchée si le

praticien ou la praticienne lui explique sans cesse le bien-fondé de chaque manœuvre et lui donne l'occasion d'observer en partie le déroulement du traitement au moyen d'un miroir.

Dans le cadre des études, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont aussi décrit le malaise suscité par des objets évoquant le souvenir de préservatifs ou d'autres articles ayant servi à infliger de mauvais traitements :

Pour moi, les dentistes, [c'est] le cauchemar absolu, même lorsque je connais une bonne journée ! Voici pourquoi. De un, leurs gants ont l'odeur de préservatifs ... Je perds conscience de l'ici-maintenant ... et me revoilà replongée dans l'histoire [de mon agression] ... et je n'ai plus affaire au dentiste (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{156p.1280}.

Le recours aux gants est impératif. Cependant, il y aurait lieu de songer à des gants faits de vinyle ou d'autres substances afin d'aider les patients et patientes qui semblent appréhender tout particulièrement l'odeur ou la sensation que laisse le latex.

En matière de santé bucco-dentaire, la négligence apparente est un autre enjeu dont il faut tenir compte. Pareille négligence s'observe souvent chez des patients ou des patientes qui ont peur des traitements ou qui ne valorisent pas systématiquement leur corps ou leur personne et n'y portent pas toujours l'attention voulue. De tels cas donnent parfois lieu à une accumulation de craintes. Ainsi, en dissuadant les patients ou patientes de se faire soigner, la crainte des traitements inspire un sentiment de honte qui risque d'alimenter la peur de sanctions fondées sur la négligence :

Au moment de traiter mes dents, ils diront : « Oh ! Vous avez été négligent. Vous auriez dû venir nous consulter plus tôt » (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)^{156p.1280}.

Les patients et patientes s'attendent à recevoir, comme il se doit, une évaluation réaliste de leur santé bucco-dentaire. Cependant, ils risquent d'avoir du mal à accepter un sombre pronostic qui leur serait donné concernant un état qui, traité plus rapidement, aurait sans doute pu être évité. Convaincues d'être vilaines ou indignes, de nombreuses personnes ayant survécu à une agression sexuelle craignent de faire l'objet de jugements sévères. Essentiellement, au moment d'exposer les choix de traitements, les praticiens et praticiennes de la santé bucco-dentaire doivent faire preuve de sollicitude et éviter de se montrer trop catégoriques. Plutôt que de réprimander les patients et patientes, ils devraient s'enquérir de la manière de les aider à bien soigner leurs dents — attitude propice à l'établissement d'un lien de confiance avec eux.

Dans le cadre du projet, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont fait valoir que la santé bucco-dentaire posait un défi pour nombre d'individus, mais que la collaboration

avec les praticiens et praticiennes en vue de surmonter conjointement les obstacles donnait souvent lieu à des expériences positives :

Il ... ne fait pas fi de ce que je lui dis. Il fait preuve de

compassion ... Il m'a écoutée. Il s'est penché sur mon état ... Quand il a terminé ... je me sens franchement bien. Vous savez, il est si doux et gentil, sa voix est si douce. Ouais, il est vraiment étonnant (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).


Afin d'alléger autant que possible le fardeau qu'imposent la santé bucco-dentaire et les soins du visage à de nombreuses personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance, les praticiens et praticiennes sont encouragés :

- à procéder à l'échange initial de renseignements et à l'obtention du

Convaincues d'être vilaines ou indignes, de nombreuses personnes ayant survécu à une agression sexuelle craignent de faire l'objet de jugements sévères. Par conséquent, au moment d'exposer les choix de traitements à des patients ou patientes ayant négligé leurs dents, les praticiens et praticiennes de la santé bucco-dentaire doivent essentiellement faire preuve de sollicitude et éviter de se montrer trop catégoriques.

consentement pendant que la personne est encore assise en position verticale ;

- à utiliser des gants faits de vinyle ou d'autres substances pour traiter tout patient ou toute patiente qui éprouve une appréhension pour l'odeur ou la sensation que laisse le latex ;
- à définir des signaux de la main pour réclamer l'arrêt du travail, à promouvoir l'emploi de tels signaux et à toujours y réagir dans les moindres délais ;
- à partager l'information avec le patient ou la patiente, et ce, de façon continue ;
- à se soucier sans cesse du sentiment d'aise du patient ou de la patiente en vérifiant fréquemment son état et en procédant à des demandes de renseignements spécifiques à la tâche ;
- à donner suite à tout langage corporel négatif ;
- à programmer des pauses lors des rendez-vous ou à prévoir deux brèves rencontres plutôt qu'un seul rendez-vous de longue durée ;
- à donner au patient ou à la patiente l'occasion d'observer en partie le déroulement du traitement au moyen d'un miroir ;
- à faire preuve de sollicitude envers tout patient ou toute patiente ayant négligé sa santé bucco-dentaire, à éviter les jugements trop catégoriques à son endroit et à collaborer avec la personne pour qu'elle soigne mieux ses dents.

 Section 6.3 – Demandes de renseignements spécifiques à la tâche

6.12 Soins dispensés dans le système correctionnel

La proportion de personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance est plus élevée dans le système correctionnel qu'au sein de la population générale. Parmi les femmes constituant la population carcérale, les taux de prévalence de la violence sexuelle pendant l'enfance varient entre quarante-sept et quatre-vingt-dix pour cent^{97,151,161} alors que parmi les hommes, ils fluctuent plutôt entre quarante et cinquante-neuf pour cent (violence sexuelle et/ou physique)^{91,130}.

Deux des hommes ayant pris part au projet étaient détenus dans un établissement fédéral au moment de leur entrevue. Ces hommes ont décrit l'insécurité liée à la prestation de soins de santé, du fait que le milieu carcéral n'offre pas d'espace privé et qu'il soit difficile d'y maintenir le secret

Les protocoles de santé stricts qu'applique couramment le système de santé dans les prisons ont pour effet de réduire fortement la probabilité qu'une personne ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance réclame des soins.

professionnel, mais aussi en raison des procédures réglementaires imposées par le système de santé dans les prisons.

Il est tout naturel de devoir appliquer

des protocoles de santé stricts ; toutefois, ces derniers ont vraisemblablement pour effet de réduire fortement la probabilité qu'une personne ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance réclame des soins :

[Lorsque j'ai consulté la clinicienne pour obtenir un médicament topique sans ordonnance contre les hémorroïdes, elle] a voulu me faire subir un examen physique ... J'ai pensé « non, ce n'est pas nécessaire » ... Elle a refusé de me donner le médicament ... [en affirmant] « si vous refusez [de me laisser vous examiner], alors je ne peux rien vous donner, et je supposerai que vous n'avez rien qui cloche » (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Des problèmes semblables semblent se poser pour les femmes ayant survécu à une agression sexuelle, à en croire les travaux de Pamela Dole⁵⁰, une médecin ayant exercé dans le système

correctionnel des États-Unis. Bien que d'autres recherches soient encore justifiées, les cliniciens et cliniciennes qui exercent dans le système carcéral sont priés de se pencher sur les pratiques courantes dans ce milieu et de chercher des solutions en vue d'y introduire les principes et les lignes directrices pour la pratique sensible.

6.13 Fin de l'examen physique

Au moment de clore tout échange, il est indispensable que les praticiens et praticiennes fassent sentir aux patients et patientes qu'ils sont sur le même pied qu'eux. La marche à suivre pour y parvenir varie selon le milieu :

- en milieu clinique ou dans un bureau, voir les patients et patientes avant leur départ, mais *après qu'ils aient enfilé tous leurs vêtements*, afin de dispenser un enseignement sanitaire ;
- en milieu hospitalier, laisser les patients et patientes qui gardent leur costume d'hôpital recouvrer leur sang-froid et leur permettre de se sentir reconnus comme personnes à part entière (p. ex., leur offrir une poignée de main et les saluer) ;
- quel que soit le milieu, inviter une dernière fois les patients et patientes à poser des questions et, si cela convient, exposer brièvement le programme des rencontres à venir.


6.14 Questions pour stimuler la réflexion

- Certaines de mes pratiques actuelles pourraient-elles paraître insensibles aux personnes ayant survécu à une agression sexuelle ? Quels changements faudrait-il apporter ?
- Comment puis-je adapter ma propre pratique pour intégrer telle ou telle ligne directrice ?
- Certaines des lignes directrices semblent-elles irréalistes ou irréalisables dans le cadre de ma pratique ? Y aurait-il d'autres façons de mettre en œuvre ces lignes directrices ?
- Quel est mon engagement envers l'intégration de ces lignes directrices dans mes pratiques de base et dans les pratiques de base des personnes qui m'aident dans mon travail ? Que signifie cet engagement pour mes clients et clientes ?
- Ai-je conscience de la communication non verbale du malaise de mes clients et clientes ? Ai-je l'habitude de donner suite aux signes de malaise ?
- Ai-je conscience de l'existence, dans ma collectivité, de ressources à qui je puisse recommander des personnes ayant survécu à une agression sexuelle pour qu'elles obtiennent des soins dépassant le cadre de ma pratique ? Cette information est-elle à portée de main ?

7 Lignes directrices pour la pratique sensible : problèmes lors de rencontres

7.1 Douleur

Phénomène complexe et encore partiellement méconnu, la douleur découle de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux qui interagissent de façon dynamique. De nombreuses recherches ont mis au jour l'existence d'un lien entre la violence physique et psychologique pendant l'enfance et un risque accru de syndrome de douleur chronique. La douleur ressentie par la personne qui réclame des soins peut être provoquée par une maladie, une affection ou une blessure, mais aussi par le souvenir de sévices passés que garde le corps (mémoire somatique).

 Section 2.5 – Effets sur la santé de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants

Conformément aux réactions apprises pendant l'enfance, certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle s'adaptent au souvenir de la douleur en l'ignorant, en rejetant son importance ou en s'en dissociant :

Comme enfant, ta réaction consiste à ne pas tenir compte de la douleur. [L'agresseur ou l'agresseuse te] menace en disant « n'en parle jamais à personne », [alors l'enfant] cache la douleur et commence à s'en dissocier (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Ces réactions risquent de compliquer la tâche des praticiens et praticiennes de la santé qui tentent d'évaluer l'intensité de la douleur ressentie par les patients ou patientes ainsi que les facteurs susceptibles d'aggraver cette douleur ou de modifier la façon dont elle frappe au fil des traitements.

Autre complication, certaines rencontres de santé mettent en scène des personnes ayant survécu à

une agression sexuelle qui relèvent de mauvaises expériences, du fait que d'autres praticiens ou praticiennes aient mis en doute la gravité de la douleur (telle que signalée par les victimes), voire son existence même (à la lumière d'éléments tangibles démontrant qu'elle n'aurait pas raison d'être) :

J'étais couchée là et j'ai entendu les propos de certains [cliniciens et cliniciennes], du genre « pourquoi ne s'en remet-elle pas ? » ou « que fait-elle encore ici ? Elle traîne là depuis le début de la journée ! » ... Ces propos m'ont semblé très méprisants, car ces personnes ne connaissaient rien de mon parcours ... Tout était sur la table, mais de toute évidence ils n'y avaient pas porté attention (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

De nombreuses recherches ont mis au jour l'existence d'un lien entre la violence physique et psychologique pendant l'enfance et un risque accru de syndrome de douleur chronique.

Qu'elle soit corroborée ou non par des preuves tangibles, la douleur se ressent de façon très concrète ; c'est pourquoi il incombe au praticien ou à

la praticienne de l'évaluer systématiquement et à fond sans se montrer trop catégorique. En outre, le clinicien ou la clinicienne peut :

- s'adjoindre des collègues (p. ex., un praticien ou une praticienne de la santé mentale, un spécialiste ou une spécialiste de la douleur ou encore un pharmacien ou une pharmacienne) en vue d'élaborer un programme complet de traitements ;
- entamer un dialogue à propos d'autres solutions — y compris la recommandation à d'autres praticiens ou praticiennes (adeptes de la médecine traditionnelle ou complémentaire) qui se spécialisent dans la gestion de la douleur chronique — si les efforts déployés jusque-là n'ont pas fait reculer le mal ;

- proposer une recommandation à un psychothérapeute ou une psychothérapeute, le cas échéant, en expliquant les motifs de cette suggestion et en consignait soigneusement les détails de l'échange ;
- assurer le suivi de toute recommandation à l'occasion d'échanges subséquents avec le client ou la cliente.

7.2 Séparation du corps

Selon Judith Herman⁸¹, pour guérir d'un trauma, il est important que la personne « se rebranche » à son corps. Une personne ayant survécu à une agression sexuelle qui a perdu le contact avec son corps risque d'avoir du mal à se soigner. À vrai dire, pour bon nombre d'hommes et de femmes maltraités, le corps n'est guère plus « qu'un véhicule servant à se déplacer » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle). Souvent, ces personnes n'ont pas conscience des signaux transmis par leur corps et ne peuvent ni reconnaître des signes et des symptômes comme le stress, l'anxiété, la fatigue ou le surmenage, ni y donner suite. Elles ont parfois besoin de directives précises concernant les activités de la vie quotidienne, les activités de loisir, l'activité physique (lessive, jardinage ou autre) ainsi que l'exercice physique (à des fins de thérapie ou de mise en forme).

Pour de nombreuses personnes ayant survécu à une agression sexuelle, l'une des étapes cruciales de la démarche de rétablissement consiste parfois à obtenir le soutien d'un pourvoyeur ou d'une pourvoyeuse de soins de santé qui aide le client ou la cliente à s'éveiller à son corps :

[L'un des éléments du traitement] consiste pour moi à commencer à renouer avec mon corps ... Je crois qu'un physiothérapeute ou une physiothérapeute peut vraiment agir sur le processus [en lançant] une invitation positive à ... réintégrer son [propre] corps (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.256}.

J'avais besoin ... que [mon massothérapeute ou ma massothérapeute] me présente à mon corps ... [me] parle de mon corps, car j'ai perdu le contact avec lui (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

En conséquence, lorsqu'ils ont affaire à un patient ou une patiente qui semble avoir perdu le contact avec son corps, les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé devraient :

- inciter fréquemment la personne à se concentrer sur son corps ;
- dispenser un enseignement sanitaire continu, axé sur l'importance à donner à la surveillance des signes et des symptômes somatiques ;
- donner des consignes précises, verbales et écrites, au regard des activités de la vie quotidienne qui posent problème ainsi que des activités physiques de loisir (ces consignes devraient décrire le sentiment qu'éveille normalement la pratique de l'activité et fixer des seuils minimum et maximum pour cette pratique — p. ex., « si la douleur augmente après avoir fait le lit, reposez-vous avant de continuer » ou « si vous avez le souffle court, c'est que vous y mettez trop d'énergie ») ;
- surveiller le rendement et les progrès réalisés ;
- aider le client ou la cliente à se fixer des buts modestes et réalisables en vue de développer ses aptitudes neuromusculaires et de l'amener à comprendre la bonne façon d'accomplir les activités ;
- donner des consignes minutieuses qui facilitent le respect du programme de traitements ;
- enseigner les signes et les symptômes de surutilisation afin que la personne ayant survécu à une agression sexuelle puisse apprendre à surveiller ses activités pendant les traitements et, plus tard, sans l'aide du clinicien ou de la clinicienne ;

Si elles ont le sentiment d'avoir perdu le contact avec leur corps, les personnes ayant survécu à la violence sexuelle à l'endroit d'enfants risquent d'avoir du mal à se soigner.

- proposer un éventail de stratégies visant à stimuler la conscience de soi et à rebrancher la personne à son corps, y compris : (a) l'activité physique ; (b) des stratégies de rééducation reposant sur des fondements somatiques (p. ex., évocations mentales dirigées, exercices de relaxation, exercices de respiration ou yoga) ; et (c) des recommandations à d'autres pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé, notamment des praticiens et praticiennes de médecine complémentaire.

7.3 Non-respect des traitements

Comme mentionné précédemment, l'incapacité ou le refus apparent de certains clients ou certaines clientes de suivre leurs traitements peut être lié à la violence sexuelle pendant l'enfance. En plus d'engendrer la frustration des praticiens ou des praticiennes, des facteurs comme la dépression et la perception négative de soi risquent de provoquer l'échec des traitements administrés aux patients ou aux patientes. Dans certains cas, les difficultés qu'éprouvent les personnes ayant survécu à une agression sexuelle découlent directement de caractéristiques particulières des sévices passés :

Il y avait [certains] exercices ... qu'ils voulaient que je fasse [à la suite d'une arthroplastie totale de la hanche] ... et l'un d'eux m'est encore impossible aujourd'hui ... On doit se coucher sur le côté ... et faire le ciseau ... [Même quand la praticienne] utilisait l'attelle ... autour de ma cheville. Il y avait une poignée que je pouvais tirer pour lever ma jambe, et même cela, je n'y arrivais pas. Je tirais jusqu'à un certain point, mais au-delà, ça n'allait pas parce que je devais serrer [mes jambes] si fort ... [La praticienne] était frustrée, vraiment frustrée ... Elle croyait que je ne faisais aucun effort, mais c'était tout à fait faux, car les autres [exercices] fonctionnaient très bien (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.257}.

i Section 2.4 – Dynamique de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants

Chapitre 3 – L'expérience des personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance : élément d'une rencontre de santé
Annexe C – Dynamique traumagénique de la violence sexuelle pendant l'enfance

Dans d'autres cas, la peur et l'anxiété qu'éprouvent les personnes ayant survécu à une agression sexuelle altèrent leur aptitude à entendre et retenir l'information. Par ailleurs, si elles sont dans un état dissociatif au moment où sont communiqués les renseignements ou les consignes, ces personnes risquent d'être incapables de se les remémorer plus tard ou de déchiffrer leurs notes, celles-ci étant trop énigmatiques.

L'incapacité ou le refus apparent de certains clients et clientes de suivre leurs traitements peut être lié à la violence sexuelle pendant l'enfance.

Les suggestions suivantes sont susceptibles d'aider les praticiens et praticiennes à convaincre

les personnes ayant survécu à une agression sexuelle de participer à leurs traitements :

- veiller à toujours exposer le bien-fondé des recommandations qui sont formulées ;
- éviter de recourir à des mots comme *falloir* et *devoir* ;
- donner des consignes détaillées, verbalement et par écrit ;
- s'enquérir de la volonté et de la capacité du client ou de la cliente de se conformer aux recommandations ;
- explorer les obstacles au respect des traitements (p. ex., valeurs, facteurs sociaux, contraintes financières ou sévices passés) et procéder si possible à des ajustements ;
- adapter les traitements à domicile en fonction des aptitudes et du mode de vie du client ou de la cliente, surtout si la personne se dévalorise au point de miner sa motivation ou sa capacité d'action ;

- si le respect des traitements revêt une importance particulière (p. ex., mobilisation postopératoire), collaborer avec la personne en vue d'atteindre des buts modestes et raisonnables (p. ex., analgésie adéquate ou enseignement de méthodes antalgiques) et souligner chaque réussite ;
- ne pas oublier que le blâme et le sentiment de culpabilité risquent davantage de provoquer des comportements de retrait que de favoriser le respect des traitements ;
- au début de la rencontre, consulter le client ou la cliente pour prendre connaissance des réactions observées au cours ou à la suite des rendez-vous précédents, aborder tout problème identifié ainsi que répondre à toute question ;
- promouvoir l'apport de l'entretien personnel actif au renforcement de l'autonomie et de l'indépendance personnelles.

Pour les pourvoyeurs et pourvoyeuses de services, il est utile, d'une part, de comprendre les motifs qui poussent parfois les personnes ayant survécu à une agression sexuelle à se défilier et, d'autre part, d'apporter des modifications au milieu de pratique afin de rassurer les clients et clientes.

moi [a répliqué] qu'il n'en était absolument pas question, que je ne mettrais jamais les pieds là (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Assurément, les annulations sont source de tracas, car elles entraînent le gaspillage de précieuses ressources de santé et imposent un engagement aux organismes et aux praticiens et praticiennes dont les services sont rémunérés à l'acte.

Toutefois, pour les pourvoyeurs et pourvoyeuses de services, il est utile, d'une part, de comprendre les motifs qui poussent parfois les personnes ayant survécu à une agression sexuelle à se défilier et, d'autre part, d'apporter

des modifications au milieu de pratique afin de rassurer les clients et clientes.

Pour prévenir autant que possible les annulations, les praticiens et praticiennes devraient songer :

- à offrir des rencontres « le jour même » afin que les personnes ayant survécu à une agression sexuelle puissent prendre rendez-vous un jour où elles se sentent capables de s'adapter à l'expérience (une mesure particulièrement utile pour les clients et clientes des praticiens et praticiennes de la santé bucco-dentaire) ;
- collaborer avec les clients et clientes ayant fait connaître leur appréhension et leur pulsion d'annulation, de façon à élaborer une stratégie susceptible d'aider ces personnes.

7.4 Annulation de rendez-vous

Pour nombre de personnes ayant survécu à une agression sexuelle, « le simple fait de franchir le seuil de la porte [pour un rendez-vous chez un praticien ou une praticienne de la santé] constitue un exploit » (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle). Souvent, en guise de stratégie d'évitement, ces personnes choisissent d'annuler leur rendez-vous :

Depuis un certain temps, mon épouse me dérangeait avec cette histoire : « La dentiste t'a appelé. Tu dois y aller ! » Je répondais « d'accord, je l'appelle », mais sans le faire. Un jour, éventuellement ... l'adulte en moi a dit que cela avait assez duré, que je devais consulter la dentiste ... mais l'être émotif en

7.5 S.A.V.E. the situation : une stratégie générale pour réagir aux échanges difficiles avec les patients ou patientes

Tôt ou tard dans l'exercice de sa pratique quotidienne, le praticien ou la praticienne de la santé fait face à des situations difficiles,

empreintes d'émotions vives — qu'il s'agisse de communiquer le décès d'un proche, de diagnostiquer une maladie grave ou une affection virtuellement mortelle ou encore de croiser une personne bouleversée par le stress, la colère ou l'anxiété. Dans de telles situations, le praticien ou la praticienne risque de ne trop savoir comment réagir. C'est alors que peut s'avérer utile le modèle *S.A.V.E. the situation*, une expression anglaise qui signifie « redresser la situation ». L'acronyme S.A.V.E. provient des verbes **Stop** (arrêter), **Appreciate** (prendre connaissance), **Validate** (valider) et **Explore** (explorer), qui désignent respectivement les quatre étapes du modèle. Ce dernier a l'avantage particulier de pouvoir convenir à toute situation difficile, qu'elle mette en cause ou non des personnes ayant survécu à une agression sexuelle.

i Section 7.6 – Éléments déclencheurs et dissociation
Ressources et ouvrages recommandés – La relation thérapeutique, les limites et la gestion des situations difficiles

7.6 Éléments déclencheurs et dissociation

Constitue un élément déclencheur tout son, tout contact, tout goût, toute image, toute odeur ou toute pensée qui a trait à un événement négatif passé et qui suscite un souvenir, un flashback ou une vive émotion. Bien que la présente section s'intéresse aux éléments déclencheurs associés à la violence, cette dernière n'est pas seule à pouvoir provoquer des réactions indésirables lors d'un examen ou d'un traitement. Les suggestions qui

TABLEAU 3.
S.A.V.E. the situation

L'acronyme S.A.V.E procure un guide pour réagir avec efficacité et compassion à tout un éventail de situations empreintes de vives émotions.
STOP
[Arrêter] La première étape consiste à interrompre ses activités et à porter toute son attention à la situation actuelle.
APPRECIATE
[Prendre connaissance] Dans un deuxième temps, il s'agit de prendre connaissance de la situation de la personne et de la comprendre en misant sur l'empathie et l'immédiateté (deux aptitudes axées sur l'aide). L'empathie consiste à imaginer l'expérience que vit l'autre — ses pensées, ses sentiments, les sensations ressenties par son corps — pour en traduire une interprétation. L'immédiateté consiste à verbaliser spontanément les observations et réactions et à conjuguer ce récit au présent (p. ex., « vous avez les poings serrés et semblez en colère : que vous arrive-t-il ? », « vous semblez vexée ! » ou « je crains de ne pouvoir trouver les mots justes pour vous faciliter les choses ; accepteriez-vous que me je m'assoie quelques instants près de vous ? »). Si la personne ne peut ou ne veut répondre, le praticien ou la praticienne de la santé peut s'attarder aux gestes à poser pour l'aider (p. ex., « que puis-je faire pour vous aider ? »).
VALIDATE
[Valider] La troisième étape consiste à valider l'expérience que vit la personne (p. ex., « d'après ce que vous me dites, je crois que vous êtes en colère ! »).
EXPLORE
[Explorer] Enfin, la méthode prévoit la recherche de solutions (p. ex., « puis-je appeler quelqu'un qui viendrait vous accompagner ? » ou « cette expérience a été éprouvante pour vous et moi, et je ne sais trop quelle serait la prochaine étape ; puis-je vous appeler demain pour m'enquérir de votre état ? »).

apparaissent ci-dessous pourront servir, quelle que soit la source de l'élément déclencheur.

[À la suite de] ma chirurgie au bras ... [le clinicien ou la clinicienne] plongeait mon bras dans l'eau ... [Ce geste perpétré] par mes agresseurs m'avait victimisé ... [dans] la salle de bain. Me retrouver ainsi près du bain ... cela m'a fait tout un effet (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Parce qu'ils sont directement rattachés à un ou plusieurs événements précis, les éléments déclencheurs sont propres à chaque personne. Voilà pourquoi des stimuli feront réagir certaines personnes et pas d'autres et pourquoi un praticien ou une praticienne ne pourra jamais, en milieu de pratique, éliminer ou prévenir tous les éléments déclencheurs en puissance. Néanmoins, il existe des éléments déclencheurs communs (énumérés au tableau 4) auxquels le praticien ou

TABLEAU 4.
Éléments déclencheurs communs

Sens	Élément déclencheur
Vue	<ul style="list-style-type: none"> • Personne qui ressemble à l'agresseur ou à l'agresseuse ou qui présente des traits ou possède des objets semblables (p. ex., vêtements, couleurs, manières) • Situation où une autre personne est la cible de menaces ou de mauvais traitements (p. ex., œil mauvais, main levée ou violence physique pure et simple) • Vue d'un objet identique ou semblable à un article ayant servi à infliger les sévices (p. ex., ceinture, corde, accessoires sexuels) ou vue d'un objet associé à l'endroit où a eu lieu l'agression (p. ex., pièce plongée dans l'obscurité, porte verrouillée)
Ouïe	<ul style="list-style-type: none"> • Sons associés à la colère (p. ex., voix forte, dispute, bruits intenses, objets qui se fracassent) • Sons associés à la douleur ou à la peur (p. ex., sanglots, gémissements, cris) • Situation où la personne ayant survécu à une agression sexuelle se fait réprimander • Sons associés à une circonstance ou un lieu antérieur, simultané ou consécutif aux mauvais traitements (p. ex., bruits de pas, bruit d'une porte qui se verrouille, pièce musicale, cri d'une sirène, pépiements d'oiseaux, bruit d'une portière qui se referme) • Tout son qui s'apparente aux bruits faits par l'agresseur ou l'agresseuse (p. ex., phrases ou mots, timbre de voix, sifflements, jurons, grognements)
Odorat	<ul style="list-style-type: none"> • Odeurs associées à l'agresseur ou à l'agresseuse (p. ex., parfum, lotion après-rasage, tabac, alcool, stupéfiants) • Odeurs associées à l'endroit où a eu lieu l'agression ou aux circonstances entourant cette dernière (p. ex., moisissure, produits pétroliers, odeurs alimentaires, parfums extérieurs)
Toucher	<ul style="list-style-type: none"> • Toute forme de proximité ou de contact physique qui s'apparente aux mauvais traitements (p. ex., contact avec certaines parties du corps, contact sans avertissement, personne qui se tient trop près, sensation laissée sur la peau par le souffle d'une personne, mode d'approche d'une personne) • Sensation laissée par tout type d'objet ayant servi à infliger les sévices (p. ex., glace, gel semblable à du lubrifiant ou du sperme, sensation laissée par du matériel ressemblant aux moyens de contention utilisés pendant l'agression)
Goût	<ul style="list-style-type: none"> • Tout goût associé aux mauvais traitements (p. ex., aliments précis, alcool, tabac)

la praticienne devrait s'attarder pour tenter de prévoir les situations susceptibles de provoquer des réactions. Si le patient ou la patiente est en mesure de nommer un élément déclencheur, le clinicien ou la clinicienne pourra travailler à ses côtés en vue de résoudre conjointement les problèmes et soit éviter l'élément, soit en minimiser la portée lors d'échanges futurs.

Outre le toucher, la pratique clinique englobe de nombreuses expériences qui, tout en paraissant inoffensives aux cliniciens et cliniciennes, risquent néanmoins de déclencher une réaction négative chez une personne

Des stimuli feront réagir certaines personnes et pas d'autres. Par ailleurs, un praticien ou une praticienne ne pourra jamais, en milieu de pratique, éliminer ou prévenir tous les éléments déclencheurs en puissance.

ayant survécu à une agression sexuelle. Lors des consultations menées dans le cadre du projet, les personnes maltraitées ont décrit certains éléments déclencheurs comme le recours à l'eau, à la glace, aux produits adhérents ou au gel pour les ultrasons. Elles ont aussi décrit des formalités et des traitements médicaux qui leur imposaient de rester muettes ou immobiles ou que ponctuaient les cris de douleur ou d'anxiété d'autres patients ou patientes — autant de rappels de leur propre expérience de la violence. D'autres participants ou participantes ont fait état de réactions très négatives suscitées par le langage corporel ou les réprimandes de praticiens ou de praticiennes répliquant à des comportements qui attestaient, à leurs yeux, un refus délibéré de mettre en œuvre leurs recommandations.

Les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ne sont pas toujours conscientes des éléments déclencheurs qui les font réagir. Parfois, elles ne les reconnaissent qu'après coup. L'effet des éléments déclencheurs peut se faire sentir peu importe que la personne garde ou non un souvenir conscient des sévices passés ou qu'elle en ait parlé ou non à son entourage :

[Lors de] ma première expérience [avec ce type de praticien ou de praticienne], il n'y avait pas de papiers-mouchoirs, et j'ai éclaté en sanglots dès que [le clinicien ou la clinicienne a commencé à] me toucher. Pourquoi ? ... Je

n'avais aucune idée (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.258}.

Lorsqu'il a procédé à l'examen physique, je me suis essentiellement dissocié de mon corps sans même savoir pourquoi ... ou comment. En y repensant aujourd'hui, je constate que ce comportement était courant chez moi. Une fois l'examen terminé, je n'ai rien compris à ses propos. Je n'avais qu'une idée en tête :

sortir de là ! Je me sentais profondément bafoué (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Comme l'ont souligné les personnes ayant survécu à une agression sexuelle, il est important que les cliniciens et cliniciennes aient tous une connaissance générale des éléments déclencheurs et sachent tous comment réagir en présence d'un patient ou d'une patiente sous l'emprise d'un tel élément :

Les flashbacks pouvaient surgir en plein milieu de l'examen. L'impression de ne plus appartenir au moment présent ... Il serait utile que [le clinicien ou la clinicienne] soit en mesure d'aider son patient ou sa patiente à réintégrer le présent et lui laisse le temps de démêler le fouillis dans sa tête (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

[Si tu connais les éléments déclencheurs] et si tu vois l'homme devant toi éclater en sanglots, en particulier s'il s'agit d'une victime, tu peux à tout le moins comprendre un peu ce que ce bonhomme a vécu (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Les praticiens et praticiennes de la santé devraient être habitués aux comportements suivants, qui constituent autant de possibles signes non verbaux de malaise, de détresse ou de dissociation :

- halètements et fréquence cardiaque élevée (il arrive aussi que la personne retienne son souffle ou que son mode de respiration change brusquement) ;

- accès soudain d'émotions vives (p. ex., colère, tristesse, peur) ;
- pâleur ou rougissement ;
- transpiration ;
- crispation ou contraction des muscles et incapacité de se détendre ;
- mouvements de recul, réflexes d'appréhension ou éloignement ;
- tremblements ou agitation du corps ;
- réaction de sursaut.

Pour bien comprendre ces comportements, il faut y voir des réactions de paralysie, de combat ou de fuite vis-à-vis d'une menace perçue (c.-à-d. activation du système nerveux autonome).

Parfois, les réactions suivantes trahissent clairement un état dissociatif :

- regard vide porté sur l'horizon ;
- attitude d'une personne défoncée ou qui n'appartient plus au présent ;
- incapacité de centrer son attention, de se concentrer ou de réagir à des consignes ;
- incapacité de parler.

Une fois plongée dans un état dissociatif par un élément déclencheur, la personne peut sembler décontenancée ou hésitante et poser des questions comme « où étais-je ? », « qu'ai-je dit ? » ou « que vient-il de se passer ? ». Cependant, il arrive que la réaction de dissociation échappe au clinicien ou à la clinicienne, voire au patient ou à la patiente. À vrai dire, certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle doivent attendre l'âge adulte avant de découvrir que certaines conditions stressantes provoquent chez elles des réactions de dissociation :

La praticienne de la santé pénétrait dans mon espace personnel ... et la dissociation s'enclenchait d'un coup. Elle n'avait qu'à me toucher pour me faire partir. Ayant travaillé auprès de nombreuses femmes ayant survécu à une agression sexuelle, elle reconnaissait le

symptôme. Elle s'immobilisait tout simplement et demandait « où étiez-vous parti ? » Je n'y comprenais rien, mais au fil des années j'ai commencé à deviner ce qui se passait (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Maintenant [les cliniciens et cliniciennes] n'ont plus à gérer [toute] la crise, mais ils doivent savoir [la] reconnaître. Et savoir comment proposer gentiment une recommandation [en demandant par exemple] « voyez-vous votre conseiller ou conseillère demain ? » ou « y a-t-il quelqu'un à qui vous puissiez parler ? » ... Ils n'ont pas à outrepasser [le cadre de leur pratique], mais [il serait utile] qu'ils sachent reconnaître ce qui arrive lorsqu'une femme connaît un flashback ... [et sachent] comment rétablir la conscience de l'ici-maintenant d'une personne. Ce n'est pas compliqué ... [rien d'autre] que de la sensibilité et des propos rassurants. Vous savez, « ça va, vous êtes ici en sécurité » ou [valider] l'énergie et le courage qu'il faut pour passer au travers [de l'intervention précise] ... Et [ils peuvent ajouter] « oui, [ce traitement] risque d'aviver des souvenirs, de bouleverser et de susciter la détresse, et il est normal que vous ressentiez ces sentiments » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.258}.

Il est souhaitable d'appuyer les clients et clientes qui sont victimes d'éléments déclencheurs. De plus, il faut éviter, au terme de la rencontre, que ces personnes se sentent déroutées ou éprouvent une gêne à propos de leurs réactions aux traitements. À cette fin, les praticiens et praticiennes devraient :

- mettre en œuvre le protocole prévu par le modèle S.A.V.E. ;
- aider la personne à prendre conscience de l'ici-maintenant en lui indiquant où elle se trouve et en rappelant les événements qui avaient cours au moment où se sont manifestés les premiers troubles d'ancrage dans le présent ;
- induire une respiration lente et régulière selon la méthode « 4-6 » (c.-à-d. compter

jusqu'à quatre avant d'inspirer et jusqu'à six avant d'expirer) et inciter la personne à s'asseoir en déposant ses pieds sur le sol (si elle le peut) ;

- rappeler à la personne de garder les yeux ouverts et de parcourir la pièce du regard ;
- inciter le patient ou la patiente à remarquer les sensations qu'enregistre son corps (p. ex., la pression de la chaise sur le dos, la pression des pieds sur le sol ou la pression de l'air sur le visage).

À mesure que la personne reprend conscience de l'ici-maintenant et commence à réagir, les praticiens et praticiennes devraient :

- éviter de toucher le patient ou la patiente ;
- rassurer la personne d'une voix calme ;
- éviter de poser des questions complexes ou de donner des consignes compliquées et s'en tenir plutôt à des questions simples pour tenter d'établir le contact (p. ex., « êtes-vous là ? », « me comprenez-vous ? », « pouvez-vous vous accrocher au présent ? ») ;
- proposer un verre d'eau au client ou à la cliente ;
- laisser à la personne le temps et l'espace suffisants pour recouvrer son équilibre (une pièce tranquille serait peut-être souhaitable à cette fin) ;
- normaliser l'expérience — si la personne avait divulgué au préalable des antécédents de violence sexuelle, lui signaler que les interventions de santé déclenchent couramment des flashbacks ou des réactions émotionnelles, mais éviter de l'interroger à propos des détails des sévices ayant pu constituer un élément déclencheur ; si la personne n'avait divulgué aucun antécédent de violence sexuelle, faire porter les commentaires de normalisation sur l'anxiété que ressentent

bien des gens lorsqu'ils consultent des praticiens et praticiennes de la santé ;

- s'enquérir des besoins immédiats du patient ou de la patiente (p. ex., « préférez-vous que je reste ou que je vous laisse un moment ? ») ;
- assurer le suivi des soins (si des contraintes de temps interdisent au clinicien ou à la clinicienne de consacrer tout le temps voulu, expliquer ce qu'il en est au client ou à la cliente et proposer que quelqu'un d'autre lui vienne en aide — par exemple, un autre membre du personnel ou un ami ou une amie que l'on pourrait joindre au téléphone).

Il peut être déroutant ou affolant d'être victime d'un élément déclencheur.

Il peut être déroutant ou affolant d'être victime d'un élément déclencheur. Certains clients et certaines clientes auraient peut-être avantage à discuter de l'expérience avec quelqu'un. Par conséquent, les cliniciens et cliniciennes devraient :

- s'enquérir de l'existence de personnes capables d'offrir un soutien au patient ou à la patiente et, le cas échéant, proposer de faire appel sur-le-champ à l'une de ces ressources (p. ex., « pour bien des gens, il est angoissant de subir un nouvel examen comme celui que nous avons fait aujourd'hui, et comme vous l'avez constaté, l'expérience provoque parfois de très vives émotions. Parfois il est utile de partager cette expérience avec quelqu'un. Y a-t-il une personne avec qui vous souhaiteriez examiner la situation ? Voulez-vous lui donner un coup de fil pour qu'elle se joigne à vous maintenant ? ») ;
- vérifier si le patient ou la patiente souhaite analyser le cours des événements (à défaut d'une ressource à qui la personne puisse parler, proposer une recommandation à un conseiller ou une conseillère ou à d'autres ressources communautaires et s'assurer que la personne soit au courant des services d'aide téléphonique offerts dans sa collectivité) ;

- demander à la personne si elle se sent apte à poursuivre le traitement ou l'examen.

Une personne qui est victime d'un élément déclencheur ou qui connaît un épisode de dissociation risque de ne pas pouvoir assimiler ou se remémorer d'importants renseignements communiqués par le clinicien ou la clinicienne. C'est pourquoi il est utile que les praticiens et praticiennes :

- répètent toutes leurs consignes ;
- rédigent leurs consignes et recommandations dans un langage clair.

Si de nombreux épisodes de dissociation ponctuent les échanges qu'entretient un client ou une cliente avec des cliniciens ou cliniciennes, ces derniers devraient :

- proposer que la personne se dote d'un carnet pour y noter des renseignements, des directives et des suggestions ;
- assumer avec la personne une partie de la responsabilité de voir à l'enregistrement des données essentielles avant la fin de tout échange.

Lors de la rencontre consécutive à l'échange ayant donné lieu à l'élément déclencheur ou à l'épisode de dissociation, les praticiens et praticiennes devraient :

- discuter de l'expérience avec la personne pour s'assurer qu'elle se porte mieux et répéter que l'incident n'a altéré en rien l'estime qu'on lui porte ;
- aborder le problème avec le client ou la cliente en vue de cerner les éléments à éviter ou à modifier à l'avenir pour éviter une reprise de l'incident, attendu que la personne ne sait pas nécessairement reconnaître l'élément déclencheur en cause dans tel ou tel cas ;
- s'informer des méthodes qu'emploie la personne pour s'accrocher au présent et garder conscience de l'ici-maintenant, y compris toute consigne ou tout rappel provenant de cliniciens ou de cliniciennes ;

- si la gravité des réactions et les difficultés subséquentes le justifient, proposer à la personne de consulter un praticien ou une praticienne de la santé mentale qui pourra participer à l'élaboration de stratégies supplémentaires d'adaptation aux éléments déclencheurs.

Certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet ont recommandé que les praticiens et praticiennes mettent leurs clients et clientes en garde contre les réactions indésirables que risquent de provoquer des formalités ou des traitements invasifs ou désagréables (p. ex., examen du pelvis, examen du rectum et traitements dentaires) :

Une chose à laquelle l'orthodontiste n'a peut-être jamais réfléchi, [c'est qu'avec] mes antécédents de violence, j'ai fait d'épouvantables cauchemars pendant trois jours après la pose de mon appareil orthodontique. J'appelais mon conseiller ou ma conseillère pour lui demander d'avoir un rendez-vous immédiat, car je n'avais aucune idée de ce qui se passait ... Voilà que tout à coup j'ai des cauchemars où je redeviens enfant et où on me tire et me joue dans la bouche ! J'aimerais que l'orthodontiste diffuse un dépliant qui dise : si vous avez subi des sévices sexuels, sachez que vous risquez d'avoir des cauchemars ou d'être victime d'éléments déclencheurs (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Certains pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé risquent d'être ébranlés ou vexés par les épisodes de dissociation ou les autres réactions que déclenche leur travail chez un client ou une cliente. Le cas échéant, ils devraient en discuter avec un collègue ou une collègue, un superviseur ou une superviseure ou une personne faisant partie de leur réseau d'entraide, et ce, sans trahir le secret professionnel.

- ① Section 3.5 – Comportements et sentiments précis qui se manifestent lors de rencontres de santé
- Section 5.9 – Entretien personnel des praticiens et praticiennes

7.7 Colère ou agitation

Presque tout m'inspire d'abord une réaction [de colère] ... J'essaie de me contrôler, et j'y parviens beaucoup mieux depuis que j'ai franchi le cap de la quarantaine. Mais ma première réaction est de me mettre en colère (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Lors des consultations réalisées en vue du projet, de nombreux hommes (et quelques femmes) ayant survécu à une agression sexuelle ont affirmé réagir avec colère lorsqu'ils éprouvaient de la peur ou de l'anxiété ou lorsque survenait un élément déclencheur :

La colère suscite souvent l'irascibilité, une attitude défensive ou des comportements de retrait.

La colère accompagne souvent un élément déclencheur — par exemple, [quand] quelqu'un te touche là où il ne faut pas (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Il est souvent facile de faire preuve de compassion à l'endroit d'une personne triste ou effrayée. À l'inverse, la colère suscite souvent l'irascibilité, une attitude défensive ou des comportements de retrait. De telles réactions, cependant, risquent d'aggraver l'état des personnes ayant survécu à une agression sexuelle :

Tu as peur et tout le monde te craint (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé gagneraient à reconnaître l'existence d'un lien entre la colère manifestée par certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle et les sévices passés subis par ces dernières. En outre, ils devraient saisir la différence entre la colère (une émotion) et la violence (un comportement), qui ne constituent pas un seul et même phénomène ou une seule et même réaction. Dans le cadre du projet, les participants et participantes ont recommandé que les praticiens et praticiennes se fient aux lignes directrices du modèle

S.A.V.E. pour cerner les causes de la colère. Ils déconseillent toute tentative de contrôler les comportements d'un patient ou d'une patiente qui s'agite, proposant plutôt que les cliniciens ou cliniciennes : (a) laissent la personne se calmer ; (b) partagent leurs observations avec elle ; et (c) collaborent avec elle pour tenter de résoudre le problème — « oui à la négociation, non aux ordres ! » (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

La situation risque de dégénérer rapidement si, en réponse à l'agitation ou à la colère d'une

personne, le praticien ou la praticienne s'emporte ou adopte une attitude défensive. La gestion de la colère personnelle est au

cœur du maintien de rapports interpersonnels efficaces. De nombreuses institutions et organisations ont introduit des politiques pour composer avec la colère et la violence manifestées par les patients et patientes. Il n'en demeure pas moins capital que les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé :

- gèrent leur propre sentiment de colère ;
- portent attention à leur sécurité personnelle (p. ex., ne pas se tenir trop près, éviter les gestes rapides ou soudains, repérer une voie de sortie) ;
- recourent à un langage corporel non menaçant (p. ex., se tenir debout sans croiser les bras et maintenir un angle léger par rapport à la personne pour éviter tout affrontement face à face) ;
- parlent lentement d'une voix basse et adoptent une respiration lente et régulière ;
- incitent la personne agitée à se détendre et réitèrent l'intérêt porté à l'écoute de ses préoccupations et à la recherche de solutions permettant de régler ses problèmes.

8 Lignes directrices pour la pratique sensible : divulgation

8.1 La divulgation : un défi pour les personnes ayant survécu à une agression sexuelle

[Le choix de divulguer ou non] dépend du stade atteint dans ton cheminement. Parce qu'à certaines étapes tu ne veux pas que [les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé] sachent [que tu as survécu à une agression sexuelle] (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

L'exposé qui suit traite les personnes ayant survécu à une agression sexuelle comme un ensemble. Cependant, ces hommes et femmes forment un groupe qui n'est pas homogène. De fait, chaque membre du groupe se distingue tant par son individualité que son parcours et ses opinions. Au-delà de la décision de divulguer ou non leur expérience, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle disposent de capacités de se remémorer les mauvais traitements qui agissent de façon constante et déterminante sur le processus de divulgation, au même titre que le point franchi sur la voie menant au rétablissement. Par exemple, la plupart des participants et participantes du projet avaient un souvenir précis des violences infligées par leurs agresseurs ou agresseuses tandis qu'un plus petit nombre commençaient tout juste, à l'âge adulte, à renouer avec cette dimension de leur enfance. Certains, par ailleurs, avaient tenté de se convaincre et de convaincre leur entourage que les mauvais traitements n'avaient jamais eu lieu :

J'ai simplement enterré la chose et fait comme si elle n'avait jamais existé ... [Je me suis] plus ou moins dit « non, non, comment cela pourrait-il influencer ma vie ? » Et ce n'est que l'an passé que j'ai vraiment commencé à comprendre tout l'effet que cela avait eu sur moi. À l'époque, il y a longtemps, je savais que c'était mal, mais je ne savais que cela aurait pu avoir de telles

répercussions (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Par ailleurs, sans jamais effacer le souvenir des violences subies pendant l'enfance, certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont tardé à y voir de mauvais traitements, car elles croyaient que tel était le sort de tous les enfants. Seuls de nouveaux apprentissages, plus tard dans leur vie, ont incité ces hommes et ces femmes à réinterpréter leur expérience :

Ma prise de conscience de la violence sexuelle pendant l'enfance remonte à tout juste neuf ou dix ans. [Pas que] j'avais oublié les mauvais traitements à mon endroit, au contraire ! Mais je ne saisisais pas la dynamique qui les animait. J'y voyais une forme quelconque d'expérience sexuelle précoce et [me] disais « mais n'est-ce pas le lot de tout le monde ? » Puis un jour, j'ai découvert que tout le monde ne passait pas par là ! Un jour, la véritable dynamique m'est apparue d'un seul coup, et ce fut tout un choc (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Les participants et participantes des études ont décrit les facteurs ayant influencé leur décision de dévoiler leur secret à des praticiens et praticiennes de même que l'étendue des renseignements partagés avec ces derniers. Certains ont choisi de divulguer spontanément au début de leurs échanges alors que d'autres ont préféré attendre de se sentir à l'aise avec les cliniciens et cliniciennes. D'autres encore ont choisi de ne rien dire du tout.

Parmi les personnes ayant survécu à une agression sexuelle, celles qui ont divulgué leur expérience spontanément (c.-à-d. autrement que pour répondre à une question posée par le praticien ou la praticienne) l'ont fait dans l'espoir que l'information aide leur interlocuteur ou leur interlocutrice à mieux les comprendre :

[J'ai parlé pour que le clinicien ou la clinicienne] acquière une certaine connaissance des sentiments qui sont liés avec cet élément de l'examen physique ... la honte, le sentiment de culpabilité et les choses qui te trottent dans la tête, les flashbacks qui risquent de survenir en plein milieu de l'examen, le fait de ne plus vivre le moment présent (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Parmi les personnes ayant survécu à une agression sexuelle, celles qui ont divulgué leur expérience spontanément l'ont fait dans l'espoir que l'information aide leur interlocuteur ou leur interlocutrice à bien les comprendre.

Pour bon nombre de personnes ayant survécu à une agression sexuelle, la divulgation est un processus. Certains individus souhaitent en finir d'un seul coup alors que d'autres préfèrent révéler leur parcours progressivement, au fil du temps — souvent par souci d'exercer un contrôle sur la cadence et le moment auxquels s'effectue la divulgation :

[La réaction du médecin ou de la médecin] m'a aidé, peu à peu, à divulguer certains de mes secrets les plus sombres. Cela m'a poussé à m'interroger encore davantage (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

Enfin, soucieuses de ne pas avoir à divulguer à maintes reprises leurs antécédents, certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle abordent la question de façon proactive :

J'en suis à un épisode de ma vie où ma perspective a changé [à propos de la divulgation]. Je veux que le mot « survivante » apparaisse sur ma fiche afin que [les cliniciens et cliniciennes] connaissent et reconnaissent mon désir de recevoir des soins sensibles. Ainsi, cela servira de rappel pour [tout nouvel employé ou toute nouvelle employée de la pratique] qui me croise. D'autres personnes ayant survécu à une agression sexuelle pourraient ne pas faire ce choix, mais je crois qu'il serait merveilleux de ne pas avoir à divulguer mon expérience chaque fois que je rencontre [un nouveau praticien ou une nouvelle praticienne] (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

L'hésitation à divulguer pourrait être liée : (a) aux sentiments que se portent les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ; (b) aux pressions exercées par les parents et parentes, amis ou amies et agresseurs ou agresseuses pour qu'elles gardent le silence ; (c) à la crainte de réactions négatives ; et/ou (d) au sentiment que les praticiens et praticiennes manquent de temps pour écouter ou semblent ignorer les effets à long terme que risque d'avoir la violence sur la santé.

Parmi les participants et les participantes consultés, bon nombre ont expliqué que leur propre sentiment de honte et de culpabilité avait façonné leurs attitudes à l'égard de la divulgation :

Il y a beaucoup de honte associée [au fait d'avoir été victimisé et] ... à la divulgation de cette situation (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

D'autres ont évoqué leur sentiment de vulnérabilité au moment de la divulgation :

À chaque divulgation, tu t'exposes (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

Les expériences passées en matière de divulgation pèsent grandement sur la décision des personnes ayant survécu à une agression sexuelle de révéler leurs antécédents. Certaines personnes ont dit hésiter à briser le silence par crainte d'une réaction négative, tout particulièrement le rejet :

J'hésite vraiment beaucoup à en parler autour de moi, surtout ... [à des praticiens ou praticiennes de la santé]. Je ne veux pas évoquer mon histoire ou commencer à la raconter pour ensuite me faire rejeter. Car il n'y a rien de pire. Car alors je me referme et je ... mes maux de tête s'aggraveront sans doute, comme tout le reste (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.258,163p.94}.

D'autres personnes ont dit craindre d'être jugées ou blâmées à la suite de mauvais traitements :

J'ai consulté [un praticien ou une praticienne] ... qui a réagi de façon insensible, me demandant « comment avez-vous pu laisser pareille chose se produire ? » Sur le coup, j'ai eu le sentiment d'être victimisée de nouveau et de porter tout l'odieux des événements. Cela m'a vraiment beaucoup affectée (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Plus que les femmes, les hommes ayant survécu à une agression sexuelle ont dit redouter que la divulgation de sévices passés pousse le clinicien ou la clinicienne à voir en eux des agresseurs :

J'ai appelé à l'hôpital pour discuter de violence sexuelle. Ils ont cru que j'étais un agresseur et m'ont renvoyé au centre pour victimes d'agressions sexuelles en milieu familial (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Les hommes et femmes ayant survécu à une agression sexuelle commise par une femme ont dit craindre qu'on ne croie pas leur récit :

Les femmes ayant survécu à une agression sexuelle commise par une autre femme ... se heurtent à l'incredulité concernant la probabilité que surviennent ces types de sévices (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Dans le cas de mauvais traitements infligés par une femme, on nous répond « eh bien, ne croyez-vous pas qu'il s'agissait plutôt d'accompagnement affectif ? » (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Enfin, de l'avis tant des personnes ayant survécu à une agression sexuelle que des praticiens ou praticiennes de la santé consultés dans le cadre du projet, le manque de temps qui semble affliger les praticiens et praticiennes constitue un énorme obstacle à la divulgation :

J'avais près de soixante ans quand j'ai commencé [à m'attarder aux questions de violence sexuelle]. Auparavant, j'avais franchi un très long chemin [en psychothérapie] ... Il s'agit donc d'enjeux profonds. Autrement dit, la question est fondamentale, et il est difficile de la considérer en fonction d'échanges de quinze

minutes [avec un clinicien ou une clinicienne] (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

8.2 Possibles indicateurs de sévices passés

Aucun indicateur ou groupe de symptômes et/ou de comportements ne suffit à fournir la preuve de sévices passés. Par contre, on compte un nombre croissant de recherches qui décrivent le lien existant entre les événements indésirables pendant l'enfance et certains comportements et/ou expériences survenant plus tard dans la vie. Parmi ces derniers, notons :

- l'évitement généralisé des praticiens et praticiennes de la santé et/ou des organismes de santé ;
- l'annulation répétée de rendez-vous ;
- le report répété d'examen physiques ;
- le piètre respect des recommandations formulées par les médecins ;
- les douleurs chroniques inexpliquées (p. ex., maux de tête et douleurs pelviennes, dorsales ou musculaires) ;
- les symptômes ou troubles gastro-intestinaux inexpliqués ;
- les troubles de l'alimentation, l'obésité ou les fluctuations marquées du poids ;
- les troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie) ;
- les troubles sexuels (p. ex., évitement, multiplication des partenaires sexuels, pratiques sexuelles à risque) ;
- la consommation d'alcool et de drogues à mauvais escient ;
- la déociatifs (passages à vide ou longs silences).

 Section 2.5 – Effets sur la santé de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants

Un clinicien ou une clinicienne qui décèle la multiplication ou l'agencement de ces symptômes et comportements chez un patient ou une patiente et qui remarque que la personne fournit des renseignements incomplets ou discordants devrait y voir la marque possible d'antécédents de violence ou de mauvais traitements :

Un clinicien ou une clinicienne qui décèle la multiplication ou l'agencement de certains symptômes et comportements chez un patient ou une patiente et qui remarque que la personne fournit des renseignements incomplets ou discordants devrait y voir la marque possible d'antécédents de violence ou de mauvais traitements.

Mais je demandais [aux praticiens et praticiennes] de pousser d'un cran, de [discuter] ... avec les hommes, surtout ceux souffrant de toxicomanie, de troubles de l'alimentation ou du sommeil, de dépression — bref, de tout ce qui touche les émotions, les problèmes émotionnels ou les questions de santé mentale. Selon moi, il est important que ces [cliniciens et cliniciennes] ... reçoivent une formation leur permettant ... de reconnaître [les comportements susceptibles d'être liés à des sévices passés] et soient au fait des symptômes réels (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

Bien qu'ils laissent manifestement entendre que la personne ait pu souffrir de mauvais traitements ou d'un trauma psychologique, de tels indicateurs risquent aussi d'être le produit d'autres facteurs — ce dont les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé doivent absolument être conscients. Les mauvais traitements ne sont pas toujours la cause des comportements observés. Il n'en demeure pas moins indispensable de s'informer de possibles antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance.

Les antécédents de santé d'un client ou d'une cliente devraient considérer la violence et les sévices passés sous tous leurs rapports.

8.3 Demandes de renseignements sur les sévices passés

Les preuves de l'existence d'un lien entre la violence ou les mauvais traitements, d'une part, et les ennuis de santé, d'autre part, se multiplient. S'ajoutent à ces preuves les études réalisées dans le cadre du projet, qui illustrent tout l'éventail des répercussions nocives que peuvent avoir les violences passées sur les échanges entre praticiens

ou praticiennes et personnes ayant survécu à une agression sexuelle. En conséquence, toute collecte de renseignements sur les antécédents de santé d'un client ou d'une cliente devrait considérer

la violence et les sévices passés sous tous leurs rapports :

Selon moi, il importe, au moment d'établir les antécédents médicaux, que [les praticiens et praticiennes de la

santé] posent des questions sur les mauvais traitements, surtout s'il s'agit d'une femme. De plus, une personne qui prétend s'attaquer à la douleur des femmes et qui ne s'enquiert pas de la place de la violence dans la vie d'une femme ne fait pas son travail. Ces convictions sont très fortes chez moi (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{163p.93}.

i Section 2.5 – Effets sur la santé de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants

En demandant systématiquement aux clients et clientes s'ils ont des antécédents de violence et de mauvais traitements, les praticiens et praticiennes donnent une occasion de divulgation aux personnes qui choisissent de partager leur expérience en ces matières. En procédant de la sorte, les praticiens et praticiennes :

(a) démontrent une connaissance du lien qui existe entre la violence interpersonnelle et la santé ; (b) rompent le silence préjudiciable dans lequel s'enveloppent la violence et les

mauvais traitements ; (c) indiquent qu'ils reconnaissent la violence

interpersonnelle

en tant qu'enjeu de santé ; et (d) valident les expériences vécues par leurs patients et patientes. S'informer des antécédents de violence favorise également la prestation de meilleurs de soins de santé et contribue à prévenir ou à atténuer la répétition des traumatismes qui survient souvent en milieu de santé.

Certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle souhaiteraient divulguer leurs

antécédents, mais ne peuvent le faire seules, car le sujet leur est trop pénible. Pour elles, l'initiative des praticiens et praticiennes qui s'enquêtent de la question constitue un véritable soulagement :

J'ai été vivement soulagé d'entendre le médecin me demander « avez-vous déjà subi des violences par le passé ? » (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Par ailleurs, pour les patients et patientes ayant survécu à une agression sexuelle, les demandes de renseignements sur les sévices passés constituent parfois le point de départ d'une démarche propice à la création d'un réseau d'entraide. Certains de ces clients et clientes

sont aux prises avec des ennuis de santé chroniques, liés à la violence envers les enfants, qui se traduisent par des hauts et des bas sur

le plan de santé. Ainsi, ils connaissent des périodes où leur santé est passablement bonne et d'autres où leurs symptômes s'aggravent (p. ex., douleur, anxiété ou dépression). L'évaluation de ce cycle lors de l'établissement systématique des antécédents de santé permet aux praticiens et praticiennes de développer une collaboration proactive avec ces personnes, au moment où elles sont assez bien portantes, en vue de l'instauration de services adéquats d'appui à la santé. Par contre, si les cliniciens ou cliniciennes prennent initialement connaissance des sévices passés en période de crise, il leur sera peut-être plus difficile d'agir efficacement :

Si nous soulevons soudainement la question après l'avoir tue pendant des années, il sera difficile de s'adapter au déferlement de réactions qui s'ensuivra (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

D'affirmer l'un des praticiens ou l'une des praticiennes consultés :

La plupart des patients et patientes qui consultent un chiropraticien ou une chiropraticienne le font en raison de douleurs (cervicalgies, douleurs lombaires ou maux

de tête). Lors de l'interrogatoire, je demande s'ils sont en mesure de cerner des facteurs aggravants. Parfois j'obtiens comme réponse le stress. Dans d'autres cas, je demande à la personne de m'indiquer si le stress ou les perturbations affectives pouvaient aggraver ses symptômes. Si elle répond par l'affirmative, je m'enquiers des principales sources de stress (« votre stress provient-il de votre vie de famille, de votre travail, de vos études, de votre situation financière, de problèmes liés à vos proches, et ainsi de suite »). Si le patient ou la patiente confirme que le stress constitue un facteur tout en réussissant à

Je profite de l'interrogatoire pour cultiver de bons rapports avec le patient ou la patiente. À cette étape, la personne qui se sent écoutée et soignée décide souvent de révéler son secret concernant la violence sexuelle pendant l'enfance.

- Un praticien ou une praticienne de la santé -

identifier les principaux éléments déclencheurs de réactions de stress, alors je demande si la personne dispose d'un bon système d'entraide (« vous confiez-vous à des amis ou amies, à des êtres chers ou à

d'autres membres de votre famille ? »). Ensuite, je lui demande de faire état de son utilisation du réseau d'entraide. À cette étape, bien des individus donnent des réponses comme « je n'utilise pas le réseau autant que je le devrais » ou « j'utilise le réseau, mais je crois que les gens en ont assez de m'écouter ». Je peux alors intervenir en expliquant à la personne que j'entretiens un solide réseau de collègues à qui recommander des patients et patientes, ajoutant qu'elle aurait peut-être avantage à consulter un conseiller ou une conseillère. Je ne demande pas nécessairement de détails relatifs au stress, mais même s'ils le savent déjà, de nombreux patients ou patientes choisissent spontanément de divulguer leurs expériences ... Bref, je profite de l'interrogatoire pour cultiver de bons rapports avec le patient ou la patiente. À cette étape, la personne qui se sent écoutée et soignée décide souvent de révéler son secret concernant la violence sexuelle pendant l'enfance. Tout au long de leur visite, les patients et patientes contrôlent le déroulement de toutes les activités, et je le leur rappelle sans cesse en vue de les rassurer. Le contact s'établit lors de l'interrogatoire et s'approfondit au fil de l'examen et des traitements.

Conformément aux constats formulés par d'autres chercheurs et chercheuses, les études réalisées dans le cadre du projet montrent clairement que les praticiens et praticiennes de la santé sont tenus, sur le plan professionnel et déontologique, de demander des renseignements sur la violence et les mauvais traitements. Il importe cependant d'inscrire cette affirmation dans l'actuel débat concernant les preuves permettant de justifier le dépistage de la violence interpersonnelle et la cueillette de données afférentes. Force est de reconnaître aussi que les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ne souhaitent pas toutes être interrogées à propos de leurs sévices passés et pourraient fort bien choisir de ne rien divulguer :

Si je voulais lui dire, je le ferais. Ça ne le regarde pas (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

Tant que les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé respectent la volonté des personnes ayant survécu à une agression sexuelle qui préfèrent ne pas divulguer leurs antécédents de mauvais traitements, il n'y a rien de mal à demander des renseignements sur le sujet. Le Family Violence Prevention Fund Research Committee entérine ce point de vue en affirmant : « Nous n'avons connaissance d'aucune étude qui donne à penser que l'évaluation et/ou les interventions [en matière de violence familiale ou de violence exercée par le partenaire intime] en milieu de santé soient préjudiciables aux patients ou patientes »^{56p.5} [traduction]. Comme l'explique une personne ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet :

Je ne sais pas s'il est préjudiciable de demander des renseignements. Je dirais qu'une personne en déni ou qui ne sait trop si l'on compte dévoiler ses secrets choisira sans doute de ne rien dire. À tout le moins, elle aurait l'occasion de rétorquer « mais de quoi parlez-vous ? » ou de ne laisser filtrer que quelques éléments d'information ... Si je ne suis pas prêt à en parler, je vais simplement passer mon tour et répondre que je ne suis au courant de rien (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

i Annexe I – Le débat concernant les preuves relatives aux demandes de renseignements sur la violence interpersonnelle

Pour maints praticiens et praticiennes, les attitudes constituent le point de départ de la formulation systématique de demandes de renseignements sur la violence interpersonnelle. En cette matière, des recherches ont révélé l'existence d'obstacles tels que : (a) la méconnaissance du sujet et le manque de formation quant à la façon de poser des questions pertinentes^{43,80} ; (b) les contraintes de temps et les carences sur le plan de la protection de la vie privée⁵⁴ ; (c) la conviction que les sévices passés ne posent aucun problème pour les patients et patientes ; et (d) le sentiment de frustration suscité par l'incapacité d'aider les victimes¹¹⁸. L'expérience personnelle du clinicien ou de la clinicienne à l'égard de la violence risque également d'agir sur son refus d'aborder le sujet avec les patients et patientes¹⁰⁹. Cela dit, les demandes systématiques à propos de la violence

interpersonnelle n'en demeurent pas moins fondamentales pour la pratique sensible :

Pour maints praticiens et praticiennes, les attitudes constituent le point de départ de la formulation systématique de demandes de renseignements sur la violence interpersonnelle.

Incontestablement, [les praticiens et praticiennes] comprennent que cela fait partie de moi, qu'il faut le reconnaître et que la stratégie à adopter pour me soigner s'en trouve modifiée (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Les hommes et les femmes ayant pris part au projet ont décrit un ensemble de facteurs qui pourraient s'avérer propices à la divulgation. Ainsi ces personnes sont à l'affût de signaux attestant que le clinicien ou la clinicienne connaît les effets de la violence interpersonnelle, y compris des affiches ou brochures à l'intention des deux sexes, posées ou laissées bien en vue dans les salles d'attente, les salles de bain et les salles d'examen. En outre, il importe aux personnes ayant survécu à une agression sexuelle de se sentir en sécurité et de pouvoir faire confiance à leurs praticiens ou praticiennes :

Dès le début, mon médecin m'a mis à l'aise, et j'ai reconnu en lui une personne à qui parler. Je suis marié depuis vingt-huit ans et je n'ai jamais réussi à révéler mon secret à mon

épouse, mais à lui, je l'ai dit. J'ai beaucoup cheminé sur la voie du rétablissement, mais je ne sais si cela aurait été possible sans cette oreille bienveillante (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Il y avait [un praticien ou une praticienne en particulier] qui faisait preuve d'une telle gentillesse ! ... Je n'aurais certainement eu aucun mal à partager avec cette personne, vous savez, mon expérience, les choses qui me sont arrivées (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont fait valoir l'importance du secret professionnel dans leur décision de divulguer ou non leurs antécédents :

Sans doute que le principal enjeu a trait ... au secret professionnel. [Je dois savoir] si d'autres personnes sont mises au courant ... et ce qu'on va faire avec l'information (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Il existe des lignes directrices et des recommandations visant les demandes de renseignements sur la violence ou les sévices passés^{p. ex.,4,5,10}. Publiés par des associations professionnelles et des organismes de réglementation et d'attribution des permis, ces textes, pour la plupart, omettent d'aborder précisément la façon de considérer la tâche. Comme l'observent les gastro-entérologues Alexandra Ilnyckyj et Charles Bernstein⁸⁸, cette absence de spécificité contribue au retard qu'accuse l'intégration concrète de telles demandes aux méthodes courantes de prestation des soins de santé, même là où les pourvoyeurs et pourvoyeuses croient en la pertinence des renseignements pour le patient ou la patiente.

 Ressources et ouvrages recommandés – Outils de dépistage

La relation thérapeutique et l'établissement de santé sont deux facteurs de la plus haute importance lorsqu'il s'agit de demandes de renseignements sur les sévices passés. Les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada constituent un précieux aide-mémoire pour les cliniciens et cliniciennes en ce qui touche la relation thérapeutique. On y lit « [qu'il] existe plusieurs questionnaires validés

pour la recherche de renseignements au sujet de la [violence exercée par le partenaire intime] ; cependant, la nature de la relation médecin-patiente [ou médecine-patiente] et la façon dont les questions sont posées semblent être plus importantes que l'outil de dépistage utilisé¹⁵². » En ce qui concerne l'établissement, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet ont fait valoir que les milieux propices à la protection de la vie privée et où l'on trouve des renseignements accessibles et bien en vue (p. ex., affiches ou brochures) véhiculaient l'image de praticiens et de praticiennes qui connaissent le lien existant entre violence interpersonnelle et santé.

Demandes verbales. Il n'existe pas de méthode universelle pour s'enquérir des antécédents d'une personne en ce qui touche les mauvais traitements subis pendant l'enfance. Les méthodes directes procurent un soulagement à certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle, mais peuvent paraître intrusives à d'autres. Afin de situer le contexte et d'établir le bien-fondé de la démarche, il est utile de présenter les questions d'une façon qui souligne le lien entre les sévices passés et la santé ou la prestation de soins. Les praticiens et praticiennes pourraient s'inspirer des énoncés suivants pour formuler d'éventuelles introductions aux demandes de renseignements sur les antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance :

- « La recherche nous apprend que la violence sexuelle à l'endroit de filles et de garçons est beaucoup plus répandue qu'on ne l'a déjà cru. Nous savons aussi que cette violence risque d'avoir des effets à long terme sur la santé. »
- « Y a-t-il, dans votre passé, des événements qui vous posent des difficultés au moment de subir un examen physique ou de consulter un praticien ou une praticienne ? Si oui, je désire en prendre connaissance afin que nous puissions collaborer plus aisément. »
- « Certaines femmes (ou certains hommes) souhaiteraient aborder des sujets très intimes ou délicats avec leur pourvoyeur ou pourvoyeuse de soins de santé. Si tel est votre cas, je suis à votre écoute. »

De tels énoncés et de telles questions ouvrent la porte à une divulgation qui pourrait survenir sur-le-champ ou à un moment ultérieur. Si la personne hésite ou semble vouloir répondre à contrecœur, le clinicien ou la clinicienne pourrait renchérir efficacement au moyen d'une formule comme celle-ci :

- « Je sais qu'il est parfois difficile d'aborder ces sujets. Il importe de poser la question, car plus que jamais les preuves démontrent que la violence et les mauvais traitements altèrent la santé humaine et compliquent les échanges avec les praticiens et praticiennes de la santé. Rien ne vous oblige à m'en parler. Si vous voulez le faire, il me fera plaisir de collaborer. Ensemble, nous veillerons à ce que vous soyez à l'aise lors de nos rencontres et receviez tout l'appui et toute l'aide dont vous avez besoin. »

Peu importe la formulation des questions, la décision de divulguer dépend de la confiance qu'inspire le pourvoyeur ou la pourvoyeuse de soins de santé — comme l'ont fait remarquer les participants et participantes consultés dans le cadre du projet :

Un jour [un praticien ou une praticienne] m'a demandé « avez-vous, pendant votre enfance ou plus récemment, subi un trauma qui pourrait provoquer ces symptômes ? » J'ai immédiatement pensé « fort bien, je peux en parler, je n'essuierai aucun rejet » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Selon certains hommes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet, il est parfois difficile de cerner le renseignement demandé par les cliniciens et cliniciennes. Ainsi, une question comme « avez-vous des antécédents en matière de violence sexuelle ? » pourrait porter soit sur les sévices sexuels subis par le patient, soit sur les sévices commis par ce dernier. Par conséquent, les praticiens et praticiennes de la santé qui interrogent un homme devraient

clairement demander s'il a été la victime de mauvais traitements par le passé.

Lors des consultations relatives au projet, la plupart des hommes ou des femmes ayant survécu à une agression sexuelle ont déclaré ne pas

vouloir aborder les *détails* de cette agression avec les praticiens et praticiennes:

À la suite d'une divulgation, certaines personnes tentent d'arracher d'autres renseignements. Pareille atteinte à la vie privée est inacceptable (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Demandes écrites. Les personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet ne sont pas toutes du même avis quant au bien-fondé des demandes écrites et verbales. Celles qui prônent le recours aux questionnaires écrits jugent ces derniers moins intimidants que les demandes verbales. Les autres préfèrent la méthode verbale parce qu'elle se prête à une conversation continue. À la lumière des préférences exprimées par les personnes ayant survécu à une agression

sexuelle, la stratégie la plus prudente pour les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé consisterait à toujours recourir aux deux méthodes (écrite et verbale)

Il n'existe pas de méthode universelle pour s'enquérir des antécédents d'une personne en ce qui touche les mauvais traitements subis pendant l'enfance.

La stratégie la plus prudente pour les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé consisterait à toujours recourir aux deux méthodes (écrite et verbale) en vue de s'enquérir des antécédents de santé.

en vue de s'enquérir des antécédents de santé, attendu cependant que les patients et patientes pourraient choisir de ne rien divulguer.

8.4 Comment réagir efficacement en cas de divulgation

En premier lieu, il importe vraiment de dire [aux personnes ayant survécu à une agression sexuelle] ... que vous les croyez, car vous serez peut-être les premiers à recevoir leurs confidences. De plus, il est très important de les accueillir comme individus. [Par exemple,] peu importe vos propres opinions, vous pouvez dire « ça me désole d'apprendre cela » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.258,163p.95}.

Lorsqu'une personne ayant survécu à une agression sexuelle choisit de divulguer son expérience, il est capital de lui faire savoir qu'elle a été entendue et crue. Sans égard à l'importance du suivi (sujet dont traite la prochaine section), la réaction verbale et non verbale du praticien ou de la praticienne est susceptible d'avoir d'énormes répercussions sur la personne.

Accepter l'information. La personne doit savoir que le pourvoyeur ou la pourvoyeuse de soins de santé entend ses propos, accepte l'information et soutient l'idée que les enfants ne peuvent être tenus responsables de mauvais traitements dont ils sont victimes :

Il a d'abord réagi en prenant acte de mes propos et, vous savez, en montrant l'image d'une bienveillance sincère. Il semblait vouloir me suivre sans rien refuser. Pas de conseils, pas de consignes. Rien d'autre qu'une sorte d'accompagnement progressif, vous savez ? Et j'ai trouvé cela excellent (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

D'ordinaire, une personne ayant survécu à une agression sexuelle qui divulgue ses antécédents de mauvais traitements le fait dans l'espoir d'en tirer un résultat positif. Si le praticien ou la praticienne ne réagit pas, la personne pourrait percevoir ce silence comme un signe de désintérêt et être tentée de ne plus jamais en parler. En outre, la personne risque de cesser de consulter ce praticien ou cette praticienne, voire d'éviter désormais toute forme de service de santé :

J'ai fait état de mes antécédents de violence [à la pourvoyeuse de soins de santé]. Elle [n'en] a pas pris acte ... Elle a simplement continué de travailler ... Holà ! Si quelqu'un te dit une telle chose, il faut en prendre acte. Sans quoi j'en déduis que la chose n'est pas valide, n'a aucune importance, ne nous concerne en rien (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{163p.95}.

Témoigner de l'empathie et de la compassion. La personne ayant survécu à une agression sexuelle doit aussi savoir que le praticien ou la praticienne se soucie d'elle. De simples témoignages d'empathie et de sollicitude peuvent attester la compassion et l'intérêt portés à la personne :

Il m'a simplement regardé et dit, vous savez, je suis vraiment désolé d'apprendre ce qui vous est arrivé. Il n'aurait pu trouver meilleurs mots (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

J'ai souvenir qu'elle m'ait procuré du réconfort, sans doute par ses paroles. Elle a sans doute dit « vous pouvez vous laisser aller à pleurer ». Peut-être m'a-t-elle frotté le bras. Je l'entends encore me dire qu'elle allait me donner un numéro où je trouverais une oreille compatissante, ce qu'elle a d'ailleurs fait. Elle a traité la chose de façon très professionnelle (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Préciser la question du secret professionnel.

Pour bon nombre de personnes ayant survécu à une agression sexuelle, le maintien du secret professionnel est un enjeu crucial. Le praticien ou la praticienne qui prend acte de la divulgation faite par un patient ou une patiente doit aviser cette personne de l'étendue du secret professionnel à prévoir, et ce, peu importe que la question ait été abordée ou non auparavant. Par exemple, le clinicien ou la clinicienne pourrait commencer par dire « parce que vous êtes d'âge adulte, je n'ai aucune obligation juridique de signaler le cas à la police ou à une agence de protection de l'enfance », puis enchaîner par « il me semble important d'ajouter à votre fiche une note concernant votre expérience pendant l'enfance. Accepteriez-vous que je le fasse ? »

i Section 8.7 – Questions d'ordre juridique et questions relatives à la tenue de dossiers

La phrase qui compte le plus, c'est « quoique vous me disiez, cela restera confidentiel ». Car le secret professionnel revêt une énorme importance (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Reconnaître la prévalence de la violence. Dans bien des cas, en ce qui concerne les sévices subis, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle se sentent seules et très isolées, ce qui ne surprend guère. En démontrant sa conscience de la prévalence et des effets à long terme de la violence sexuelle pendant l'enfance, le pourvoyeur

ou la pourvoyeuse de soins de santé contribue à normaliser l'expérience du patient maltraité ou de la patiente maltraitée, voire à apaiser sa honte.

Par exemple, le clinicien ou la clinicienne pourrait dire « nous savons que jusqu'à une femme sur trois et un homme sur sept auraient survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance. Quelle tristesse de voir une telle souffrance imposée à tous ces enfants ! »

Valider la divulgation. Le praticien ou la praticienne de la santé doit valider le courage qu'il a fallu à la personne pour divulguer son expérience et lui faire comprendre que le récit a été cru. Il importe de reconnaître les marques visibles de détresse (p. ex., « je vois que cela vous fait souffrir [vous stresse, vous perturbe] en ce moment ; comment puis-je vous aider ? » ou « ne vous en faites pas s'il faut plus d'une visite pour procéder à l'examen complet »). Au même titre que le silence ou les jugements catégoriques, le refus de valider l'expérience risque d'attiser la honte que ressent la personne et d'alimenter ses réserves concernant la divulgation future des antécédents de violence sexuelle :

[Il est important] de valider l'expérience ... car [ce n'est facile] de garder un tel secret pendant vingt ans, puis de le révéler et commencer à en parler pour ensuite reconnaître, dans le regard des autres, des signes qui semblent trahir leur incrédulité. En ton for intérieur, tu commences alors à te tracasser ... Et si j'étais cinglé ? Et si rien de tout cela ne s'était produit ? Et si les événements s'étaient déroulés tout autrement ? T'es censé être un homme ! Ce n'était pas si grave ! Tu dois simplement te débarrasser de cette histoire, non ? Et poursuivre ta route (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)^{166p.510}.

Aborder les contraintes de temps. Les contraintes de temps comptent parmi les principales entraves à la divulgation. Si le pourvoyeur ou la pourvoyeuse de soins de santé n'a que quelques minutes à consacrer à un patient ou une patiente qui vient de divulguer ses antécédents de violence, il importe de présenter cette contrainte d'une façon qui n'éveille pas, chez la personne, le sentiment de se faire

écarter ou d'avoir commis une erreur en révélant son expérience (p. ex., « je vous remercie de m'avoir dit que vous aviez subi de mauvais traitements.

Le praticien ou la praticienne de la santé doit valider le courage qu'il a fallu à la personne pour divulguer son expérience et lui faire comprendre que le récit a été cru.

J'imagine à quel point votre expérience a pu être difficile. Un autre patient m'attend. Que diriez-vous de prendre un rendez-vous plus long, plus tard cette semaine ? »).

i Section 4.2 – Deuxième principe : prendre le temps

Section 6.5 – La question du temps

Section 8.5 – Mesures supplémentaires à prendre au moment de la divulgation ou au fil du temps

Section 8.6 – Réactions à éviter à la suite d'une divulgation

Rassurer la personne. Parce qu'elles révèlent des renseignements très intimes, les personnes qui divulguent leurs expériences risquent de se sentir vulnérables et exposées, tant au moment de la divulgation que lors de rencontres futures avec le praticien ou la praticienne à qui elles ont fait des confidences. Afin de minimiser ce sentiment de vulnérabilité tout en rassurant la personne, le praticien ou la praticienne peut saluer le courage qu'exige le dévoilement des sévices passés et garantir que ces renseignements s'avéreront précieux en vue de la prestation de soins de santé appropriés.

Collaborer à l'élaboration d'un programme immédiat d'entretien personnel. Certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet ont raconté que, pour elles, la divulgation avait eu pour effet immédiat d'éveiller des sentiments troublants ou de provoquer des flashbacks liés aux sévices passés :

J'ai été victime de nouveaux éléments déclencheurs, et les flashbacks se sont multipliés [après la divulgation de la violence] (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

En conséquence, le pourvoyeur ou la pourvoyeuse de soins de santé devrait d'abord mettre en garde la personne qui vient de divulguer ses expériences contre de telles réactions, puis collaborer avec elle à la mise au point d'un programme précis axé sur l'entretien personnel (p. ex., « parfois, le simple

fait de parler des violences passées éveille des souvenirs troublants ; que vous pourriez faire pour vous soigner si cela devait se produire ? »). Lors de la mise au point de ce programme, le clinicien ou la clinicienne devrait inciter le patient ou la patiente à faire ce qui suit :

- prévoir des activités et des stratégies d'adaptation reconnues pour leurs bons résultats par le passé (parce que aptes à soutenir la personne, à la rassurer ou à lui faciliter la gestion d'émotions stressantes) ;
- miser sur la précision et le réalisme et inclure des éléments dont la mise en œuvre est facile, même dans des moments de détresse — faute d'ambition, un programme vague (p. ex., ne pas se fatiguer pour quelques jours) risque de ne pas donner lieu à des activités notables ; par contre, un programme ciblé (p. ex., appeler une personne-ressource particulière ou entreprendre une activité bien définie comme aller au gymnase, méditer, prier, remplir un journal de bord ou participer à la réunion d'un groupe d'entraide) fournit une orientation claire à la personne violentée ;
- réfléchir aux mesures à prendre en cas d'échec des stratégies d'adaptation habituelle (p. ex., consulter un service téléphonique d'assistance-santé, appeler une ligne d'écoute ou se présenter au service des urgences de l'hôpital de la localité) — étape particulièrement importante si la personne a souffert de dépression ou commis des actes autodestructeurs par le passé.

Reconnaître qu'il n'est pas toujours nécessaire d'agir. Étant portés à identifier des problèmes, les praticiens et praticiennes de la santé risquent de réagir à la divulgation comme s'il s'agissait d'un problème nécessitant une action ou une solution immédiate. En révélant ses antécédents de violence, la personne ayant survécu à une agression sexuelle ne souhaite peut-être qu'informer le clinicien ou la clinicienne, sans

En révélant ses antécédents de violence, la personne ayant survécu à une agression sexuelle ne souhaite peut-être qu'informer le clinicien ou la clinicienne, sans autre attente immédiate qu'un accompagnement de sa part.

autre attente immédiate qu'un accompagnement de sa part. Il est important de s'enquérir de la volonté du patient ou de la patiente de voir le clinicien ou la clinicienne agir à la suite de la divulgation. Cela dit, il vaut sans doute mieux convenir d'un autre moment pour discuter avec la personne des gestes qu'elle souhaiterait

voir le praticien ou la praticienne poser, le cas échéant.

i Section 8.5 – Mesures supplémentaires à prendre au moment de la divulgation ou au fil du temps

Demander à la personne s'il s'agit de sa première divulgation. En plus de réagir comme indiqué ci-dessus, le pourvoyeur ou la pourvoyeuse de soins de santé peut demander au patient ou à la patiente s'il s'agit de sa première divulgation (p. ex., « avez-vous déjà discuté de ceci avec quelqu'un d'autre ? »). Ainsi, le praticien ou la praticienne pourra évaluer si la personne a déjà pris des mesures pour panser les plaies laissées par les mauvais traitements. La suite de la démarche variera selon la réponse obtenue — par exemple, « non, je n'en avais jamais parlé à qui que ce soit avant » ou « eh bien, mon conseiller ou ma conseillère est au courant et a suggéré que je vous en parle ». En outre, le clinicien ou la clinicienne pourra vraisemblablement prendre connaissance des besoins éventuels de la personne ainsi que des ressources dont elle dispose pour l'appuyer dans son cheminement.

8.5 Mesures supplémentaires à prendre au moment de la divulgation ou au fil du temps

Que ce soit sur-le-champ ou lors de la rencontre suivante, le pourvoyeur ou la pourvoyeuse de soins de santé devrait tenter de comprendre les motifs de la divulgation et déterminer si le patient ou la patiente s'attend à une action quelconque de sa part dans la foulée de cette révélation. En outre, il importe de clarifier les attentes générales du client ou de la cliente à l'égard du clinicien ou de la clinicienne ainsi que d'explorer les répercussions

que pourrait avoir la divulgation sur la prestation des soins de santé. Les questions à cette fin devraient être formulées d'une façon qui manifeste un soutien sans équivoque à l'égard de la décision du patient ou de la patiente de divulguer ses sévices passés. Elles pourraient également servir d'amorce à un dialogue axé sur les mesures susceptibles de mettre la personne à l'aise et de maximiser son sentiment de sécurité. De telles discussions demanderont vraisemblablement un certain temps et occuperont peut-être quelques rencontres ; cependant, les renseignements ainsi obtenus serviront d'assise pour les échanges subséquents :

À mon arrivée, [le clinicien] a dit « je me suis renseigné sur votre état, et voici ce que nous allons faire » ... « nous allons mettre au point un système, d'accord, pour que je puisse savoir si vous éprouvez des difficultés et s'il vous faut interrompre le travail » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Par exemple, le praticien ou la praticienne pourrait dire « ces renseignements m'aideront à mieux vous soigner ; pourrions-nous discuter des mesures susceptibles de vous mettre à l'aise lors de nos rendez-vous ? » ou « y a-t-il quelque chose que je puisse faire différemment ? ». Le dialogue résultant mènera peut-être à la divulgation d'éléments spécifiques à la tâche, du fait que le patient ou la patiente se sente peu à peu libre de verbaliser ses besoins ou d'exprimer ses préférences. Tout obstacle mis au jour inspirera le clinicien ou la clinicienne à apporter de nouveaux changements aux soins continus dispensés au client ou à la cliente. Cependant, quels que soient les résultats obtenus, le praticien ou la praticienne devra se garder de croire que les enjeux ont tous été abordés au terme d'une ou deux discussions. Au contraire, chaque échange devra donner lieu à une vérification auprès de la personne ainsi qu'à de fréquents appels de rétroaction :

[Le praticien ou la praticienne pourrait dire] « communiquez simplement [vos besoins] : je suis à l'écoute. Je sais que vous avez subi [ces mauvais traitements], et s'il vous faut en parler

ou si vous avez des questions [n'hésitez pas à dialoguer avec moi] » (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

[Après que je lui ai dit que] j'avais survécu à une agression sexuelle ... il me demandait sans cesse si j'étais à l'aise avec quoi que ce soit ... La communication occupait une place plus [grande] (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle nourrissent l'espoir d'une réaction qui dépasse le cadre de la pratique ou les capacités du clinicien ou de la clinicienne. Il est donc important de préciser les limites de l'aide que sera en mesure d'offrir ce dernier ou cette dernière. Si le praticien ou la praticienne juge que les besoins d'assistance de la personne dépassent ses moyens, il y aurait lieu de proposer une recommandation à une ressource plus habile ou plus qualifiée.

Lors des consultations menées aux fins du projet, la plupart des personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont reconnu que la divulgation de leurs antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance avait agi de façon importante sur leur santé et sur la prestation de soins connexes. Cependant, bon nombre d'entre elles ont dit

Le praticien ou la praticienne devrait se garder de croire que les enjeux ont tous été abordés au terme d'une ou deux discussions. Au contraire, chaque rendez-vous devrait donner lieu à une vérification auprès du patient ou de la patiente ainsi qu'à de fréquents appels de rétroaction.

craindre qu'à la suite de cette initiative, les praticiens et praticiennes soient tentés d'imputer leurs ennuis de santé aux sévices passés avant même d'examiner à fond d'autres pistes susceptibles

d'exposer les racines de leurs maux :

[Les praticiens et praticiennes] ne devraient présumer de rien. Oui, j'ai été agressée, mais cela ne peut ou ne doit exclure la possibilité que j'éprouve d'autres ennuis physiques graves. C'est l'une des raisons pourquoi je n'aime pas parler des violences que j'ai subies ... aux praticiens et praticiennes de la santé. Ils ont tendance à tout imputer aux troubles nerveux sans même vérifier si le problème pourrait trouver sa source ailleurs (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Les antécédents de mauvais traitements peuvent favoriser le développement de certaines maladies. Il incombe cependant aux cliniciens et cliniciennes d'examiner à fond les ennuis de santé qui affligent chacun de leurs patients et patientes.

Du fait que la divulgation des antécédents de mauvais traitements ravive leur sentiment de vulnérabilité, certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle et pris part au projet ont dit se méfier des recommandations à d'autres praticiens et praticiennes de la santé. D'ordinaire, les cliniciens et cliniciennes voient en de tels renvois une avenue normale et raisonnable pour assurer l'exactitude du diagnostic et des traitements. Toutefois, aux yeux de certains patients et certaines patientes, il s'agit plutôt d'une échappatoire pour des praticiens ou praticiennes qui ne savent les soigner, eux qui constituent des cas trop « complexes ». De plus, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle risquent d'éprouver malaise et anxiété à l'idée de devoir rencontrer un nouveau clinicien ou une nouvelle clinicienne qu'elles ne connaissent pas et à qui elles n'ont pas encore appris à faire confiance.

Tout patient ou toute patiente a le droit de faire un choix éclairé à propos des praticiens et praticiennes de la santé avec qui travailler. Ainsi, avant de procéder à la recommandation, le praticien ou la praticienne devrait aborder la question avec le client ou la cliente en vue de conclure une entente quant au professionnel ou à la professionnelle qui prendra le relais. Pareil dialogue pourrait revêtir une grande importance pour les personnes ayant survécu à une agression sexuelle qui, par exemple, seraient gênées de traiter avec un clinicien ou une clinicienne du même sexe que leur agresseur ou agresseuse. Si possible, le praticien ou la praticienne devrait recommander le client ou la cliente à un pourvoyeur ou une pourvoyeuse de soins de santé qui connaît les questions de violence interpersonnelle et qui y est sensible. Les registres locaux dressent des listes de ressources locales (dont des praticiens et praticiennes de la santé) qui se spécialisent à intervenir auprès des personnes ayant survécu à une agression sexuelle.

Pour certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle, la décision de divulguer des

séances passés vise à mener à une demande de renvoi à des services de counseling ou de soutien spécialisé. Cependant, il serait faux de croire que toute personne maltraitée qui divulgue ses expériences souhaite ou doit être recommandée à un praticien ou une praticienne de la santé mentale. En proposant une recommandation avant même d'avoir sondé les intentions de la personne, le praticien ou la praticienne risque de passer pour un quelconque « docteur je-sais-tout » ou pour quelqu'un qui refuse d'avoir à s'adapter à la divulgation. Par ailleurs, aux yeux de certains clients et certaines clientes, la recommandation immédiate à un praticien ou une praticienne de la santé mentale pourrait équivaloir à un diagnostic de trouble sans équivoque, et ce, peu importe que la personne éprouve ou non des difficultés liées à ses séances passés. Dans bien des circonstances, il y aurait lieu d'attendre de futurs échanges avant de soulever la question d'une possible recommandation à un praticien ou une praticienne de la santé mentale, le temps que le clinicien ou la clinicienne affermisent son acceptation de la personne à la suite de la divulgation de ses antécédents de mauvais traitements.

i Section 5.10 – Ressources communautaires à l'intention des personnes ayant survécu à une agression sexuelle et des praticiens et praticiennes de la santé

Pour le praticien ou la praticienne, une réaction souhaitable à la divulgation serait de sonder l'existence de personnes-ressources vers qui le client ou la cliente pourrait se tourner (p. ex., ami ou amie, parent ou parente, conseiller ou conseillère, guide spirituel ou spirituelle, groupe d'entraide) ainsi que de s'enquérir de l'efficacité de ces ressources. Pour dresser un tel bilan des ressources existantes, propice à l'identification de possibles lacunes, le praticien ou la praticienne pourrait demander « à qui vous adressez-vous pour obtenir du soutien ? » ou « recevez-vous tout l'appui dont vous auriez besoin dans la vie ? ». En continuant de poser des questions, le clinicien ou la clinicienne aidera peut-être la personne ayant survécu à une agression sexuelle à prendre conscience des organismes qui, dans la collectivité, proposent de l'information, du soutien et d'autres services aux hommes et aux femmes dans sa situation :

J'avais besoin d'un rappel concernant les ressources disponibles. J'avais besoin de savoir qu'il était souhaitable pour moi de consulter et d'utiliser ces ressources. J'avais besoin qu'on me donne la permission d'obtenir le soutien dont j'avais besoin (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

8.6 Réactions à éviter à la suite d'une divulgation

Il arrive malheureusement que les praticiens et praticiennes de la santé ne réagissent pas de façon sensible à la divulgation des sévices subis par des patients et patientes ayant survécu à une agression sexuelle. Souvent, cet échec aggrave la détresse de ces derniers, qui s'étaient risqués à partager ainsi que des renseignements très intimes.

[Parfois] quelqu'un [commence] à divulguer son expérience [et le praticien ou la praticienne répond] « vous n'avez pas à me raconter cela si vous vous y objectez ». De tels propos sortent souvent de la bouche de personnes qui réagissent nerveusement à [une divulgation]. Le message qu'ils véhiculent, c'est « je n'ai pas envie d'entendre votre histoire » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Ignorer le récit des sévices passés, refuser d'y croire, nier les répercussions néfastes des mauvais

traitements ou conseiller « d'en revenir », voilà autant de réactions négatives à la divulgation qui, en plus d'être douloureuses, poussent les personnes maltraitées au silence :

Il m'a dit que je devrais simplement tourner la page et regarder vers l'avant (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Ne bousculez pas la personne et gardez-vous bien d'utiliser le verbe « devoir », par exemple « vous devriez appeler la ligne d'écoute téléphonique » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.259}.

Par ailleurs, les hommes ayant survécu à une agression sexuelle dénoncent la réaction qui consiste à minimiser les répercussions des sévices si ces derniers ont été commis par une femme. Il est très destructeur de qualifier « d'aubaine » l'initiation précoce d'un homme aux rapports sexuels ou de croire que la jeune victime n'a rien fait d'autre que « jeter sa gourme ».

8.7 Questions d'ordre juridique et questions relatives à la tenue de dossiers

Obligations juridiques. Dans le cadre des études réalisées aux fins du projet, le mot *divulgation* désigne l'action d'une personne ayant survécu à

TABLEAU 5.

Éléments d'une réaction efficace à la divulgation de sévices passés

Après avoir pris connaissance des sévices passés divulgués par la personne, le clinicien ou la clinicienne devrait :
<ul style="list-style-type: none"> • Accepter l'information • Témoigner de l'empathie et de la compassion • Préciser la question du secret professionnel • Normaliser l'expérience en reconnaissant la prévalence de la violence • Valider la divulgation • Aborder les contraintes de temps • Rassurer la personne pour faire échec aux sentiments de vulnérabilité • Collaborer avec la personne à l'élaboration d'un programme immédiat d'entretien personnel • Reconnaître qu'il n'est pas toujours nécessaire d'agir • Demander s'il s'agit d'une première divulgation
Au moment de la divulgation ou peu après :
<ul style="list-style-type: none"> • Discuter des répercussions des antécédents de violence sur les soins et les échanges à venir • S'enquérir des services de soutien social axés sur les questions de violence

une agression sexuelle qui révèle ses antécédents de violence pendant l'enfance à un praticien ou une praticienne de la santé, par opposition à l'expression *divulgation spécifique à la tâche*, qui désigne l'action d'une personne qui verbalise une difficulté ou un malaise éprouvé en raison d'un élément précis d'un examen ou d'un traitement, voire de l'examen ou du traitement tout entier. Sauf dans la présente section, toute mention du mot *divulgation* dans le manuel de pratique vise strictement le dévoilement, par des *adultes*, d'antécédents de mauvais traitements subis *par le passé*.

Les praticiens et praticiennes de la santé ne sont soumis à aucune obligation juridique de signaler les *sérvices passés* infligés à des enfants, tels que divulgués par une personne *adulte*, à moins qu'au moment de révéler sa propre expérience la personne adulte identifie un enfant ou une enfant qui pourrait actuellement avoir besoin de protection (p. ex., si un patient ayant été agressé par un parent ou une parente fait savoir au praticien ou à la praticienne qu'il a tout lieu de croire que ledit parent ou ladite parente continue d'agresser des enfants).

Par contre, à l'exception du Yukon, toutes les autorités législatives canadiennes disposent de lois qui entraînent l'obligation de signaler, à la police ou aux agences de protection de l'enfance, tout cas présumé de violence ou de négligence à l'endroit d'enfants^{103,127}. Bien que la définition d'*enfant* et d'*enfant en péril* varie quelque peu d'une province à l'autre¹²⁷, ces lois exigent que tout cas présumé de violence à l'endroit d'enfants (d'âge mineur) fasse l'objet d'une enquête de la part d'un service compétent de l'aide sociale à l'enfance, en vue d'établir le besoin de protection des enfants en cause. Si les soupçons se confirment, les bureaux de protection de l'enfance ont le mandat d'intervenir.

Il incombe à tout praticien ou toute praticienne de la santé de connaître les exigences juridiques formulées par son autorité législative au regard du signalement de cas de violence ou de négligence à l'endroit d'enfants. Pour obtenir de l'information et des conseils à propos de cette obligation, les praticiens et praticiennes peuvent s'adresser aux organismes de réglementation et d'attribution des

Réactions à éviter à la suite d'une divulgation

Selon les personnes ayant survécu à une agression sexuelle, les réactions suivantes ne sont d'aucun secours :

- véhiculer de la pitié (p. ex., « oh, mon pauvre monsieur ! [ma pauvre madame !] ») ;
- prodiguer des conseils simplistes (p. ex., « voyez le bon côté de la vie », « tournez la page » ou « ne vous accrochez pas au passé ») ;
- exagérer les éléments négatifs ou s'y attarder indûment (« un tel événement suffit à ruiner une vie ») ;
- sourire (il vaut mieux présenter une physionomie neutre ou intéressée que sourire dans l'espoir de véhiculer un message de compassion) ;
- toucher la personne sans permission, même si c'est pour l'apaiser ;
- couper la parole (attendre plutôt que la personne ait terminé son récit) ;
- ignorer ou minimiser l'expérience de la personne, les répercussions possibles des sérvices passés ou la décision de divulguer les mauvais traitements (p. ex., « est-ce si grave que cela ? », « je connais une femme qui a passé par là et a plus tard décroché un titre olympique », « discutons plutôt de vos douleurs dorsales » ou « je ne vois pas le rapport avec votre entorse ») ;
- oser des questions intrusives qui n'ont rien à voir avec l'examen, la formalité ou le traitement ;
- divulguer ses propres antécédents de violence sexuelle ;
- projeter l'image d'une personne qui connaît tout du sujet.

Si le clinicien ou la clinicienne croit avoir réagi (par mégarde) de façon inopportune ou si la réaction non verbale du patient ou de la patiente semble trahir une réponse négative à sa réaction initiale, il faut préciser sur-le-champ le message projeté et vérifier les réactions subséquentes de la personne.

permis ou aux bureaux locaux de protection de l'enfance (sociétés d'aide à l'enfance ou services à l'enfance et à la famille).

Dossiers de santé. Un dossier de santé est à la fois un document juridique et un outil de communication entre praticiens et praticiennes de la santé. La nature des renseignements consignés au dossier et le mode de collecte et de partage de ces renseignements doivent respecter les lois du Canada, des provinces et des territoires. Les praticiens et praticiennes assument la charge de connaître et de comprendre les exigences relatives

au secret professionnel et à la protection de la vie privée édictées par leur autorité législative, en plus d'assumer la charge d'obtempérer à ces exigences.

Dans l'intérêt de la protection de la vie privée des Canadiens et des Canadiennes, les sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont entrepris de mettre au point le *Cadre pancanadien de protection de la confidentialité des renseignements personnels sur la santé*¹³⁷. Ce dernier a pour but d'aborder les besoins des Canadiens et des Canadiennes en matière de confidentialité et de protection de la vie privée ainsi que de formuler « un ensemble de dispositions fondamentales harmonisées quant à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels sur la santé dans les secteurs aussi bien public que privé ». Le *Cadre pancanadien de protection de la confidentialité des renseignements personnels sur la santé* énonce une série de dispositions fondamentales qui visent à garantir la protection de la vie privée et à maintenir la confidentialité des renseignements personnels sur la santé tout en favorisant un partage approprié de l'information, propice à la prestation de soins de santé efficaces. Soucieuses de refléter la réalité du système de santé actuel, ces dispositions fondamentales sont conformes aux exigences de la *Charte canadienne des droits et des libertés* et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*³⁸.

Selon l'un des principes directeurs sur lequel repose le *Cadre*¹³⁷, la collecte, l'utilisation et la communication des renseignements sur la santé doivent satisfaire au principe d'accès sélectif et s'effectuer aussi anonymement que possible, compte tenu des circonstances. En outre, le *Cadre* reconnaît que la protection de la vie privée est un droit fondé sur le consentement et que, sauf indication contraire dans la Loi, le consentement d'une personne doit être obtenu avant toute collecte, utilisation ou communication de renseignements personnels

Il incombe à tout praticien ou toute praticienne de la santé de connaître les exigences juridiques formulées par son autorité législative au regard du signalement de cas de violence ou de négligence à l'endroit d'enfants.

Pour satisfaire à la demande d'un client ou d'une cliente de ne pas documenter ses sévices passés, le praticien ou la praticienne devra trouver un juste équilibre entre le respect du droit à la vie privée de cette personne et le respect des exigences juridiques de déclaration.

sur la santé. Par ailleurs, les gouvernements de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba et de

l'Ontario ont promulgué des lois qui encadrent la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels sur la santé par les pourvoyeurs et pourvoyeuses

de soins de santé ainsi que par les organismes de soins de santé.

Documentation des antécédents de mauvais traitements. Certaines des personnes ayant survécu à une agression sexuelle et pris part au projet ont expressément demandé à leurs pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé de ne pas documenter leurs sévices passés. Pour satisfaire à une telle demande, le praticien ou la praticienne devra trouver un juste équilibre entre le respect du droit à la vie privée du patient ou de la patiente et le respect des exigences juridiques de déclaration. Le non-signalement d'un cas présumé de violence à l'endroit d'enfants enfreindrait assurément l'esprit de la Loi ; par contre, aucune infraction ne serait commise en cas de non-déclaration de sévices sexuels infligés par le passé à une personne aujourd'hui d'âge adulte. Lors des consultations liées au projet, les praticiens et praticiennes et les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont conclu à l'importance d'un dialogue entre les cliniciens ou cliniciennes et leurs patients ou patientes quant à la marche à suivre pour documenter les violences passées sans contrevenir à la protection de la vie privée. Par exemple, un client ou une cliente pourrait accepter qu'une note soit portée à sa fiche, attestant ses antécédents de mauvais traitements, mais ne communiquant aucun autre détail. Cela dit, la protection de la vie privée pourrait constituer un enjeu dans le cas de patients ou de patientes dont les soins sont défrayés par une tierce partie (p. ex., compagnie d'assurances, programme d'aide aux employés ou régime d'indemnisation des accidentés du travail). Les cliniciens et cliniciennes dont les services sont

rémunérés à l'acte devraient porter une attention particulière aux exigences de déclaration qu'ils doivent respecter.

En outre, les praticiens et praticiennes de la santé sont invités à songer aux conséquences que pourrait avoir le partage de renseignements sur les antécédents de violence des patients et patientes lorsque ces derniers sont recommandés à d'autres professionnels et professionnelles de la santé :

Souvent, lors du renvoi à un spécialiste ou une spécialiste, la lettre ou la formule de recommandation faisait mention de mes antécédents de mauvais traitements. Trop souvent, [le praticien ou la praticienne] faisant le renvoi supposait que ces mauvais traitements étaient d'ordre sexuel, bien que je n'aie jamais fourni de précisions sur la nature de mes sévices. J'ai appris à mes dépens que l'information était consultée non seulement [par le praticien ou la praticienne acceptant la recommandation] ... mais aussi par certains membres du personnel de la clinique que je fréquente. Comme je refuse que mes antécédents de violence soient de notoriété publique, je demande désormais au clinicien ou à la clinicienne faisant le renvoi de ne pas mentionner mes antécédents, mais plutôt d'indiquer le besoin de m'aborder de façon sensible lors de la conduite de tout examen physique. Si le médecin ou la médecin acceptant la recommandation doit savoir quoi que ce soit, je serai en mesure de divulguer ou non l'information, et alors ce ne sera qu'à cette seule ressource (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

La documentation des sévices passés risque d'avoir des implications juridiques pour les clients ou clientes qui sont en cause dans une poursuite judiciaire ou qui pourraient l'être un jour. Par exemple, si un client ou une cliente choisit d'engager des poursuites au criminel ou au civil contre un agresseur ou une agresseuse ou encore si un accident de véhicule motorisé donne lieu à un procès civil, les

dossiers de santé pertinents seront peut-être saisis par ordonnance du tribunal. Dans certains cas, ces dossiers seront cités pour appuyer la cause du client ou de la cliente ; dans d'autres, par contre, ils seront cités pour mettre en doute la crédibilité du client ou de la cliente ou contester sa version des faits. Par ailleurs, si elles ont un jour à consentir à la remise de leur dossier médical à des compagnies d'assurances, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle devront savoir qu'elles ont le loisir de ne partager que les éléments de leur choix dans le dossier, par opposition au dossier tout entier. Un praticien ou praticienne de la santé qui reçoit, de la part d'une tierce partie, une demande visant à consulter le dossier de santé d'un client ou d'une cliente devrait certainement songer à consulter un avocat ou une avocate avant d'agir.

 Section 5.8 – Prestation concertée de services

8.8 Questions pour stimuler la réflexion

- Le milieu dans lequel j'exerce inspire-t-il un sentiment de sécurité en vue de possibles divulgations ?
- Mes clients et clientes me font-ils assez confiance pour divulguer leurs antécédents de mauvais traitements ? Quelles mesures pourrais-je prendre pour les rassurer et leur inspirer davantage confiance ?
- Comment voudrais-je intégrer les demandes systématiques de renseignements sur les violences subies pendant l'enfance ? Ai-je établi un « scénario » avec lequel je me sens à l'aise ?
- Comment me sentirais-je si un client ou une cliente me divulguait ses antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance ? Aurais-je la même réaction s'il s'agissait d'un homme ou d'une femme ? Comment saurais-je que mes réactions s'avèrent utiles à mes clients ou clientes ?

9 Sommaire et mot de la fin

9.1 Apport des cliniciens et cliniciennes à la guérison des personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant d'enfance

Je crois que ce dont il est question, c'est de véritables partenariats à long terme avec un ensemble d'intervenants et d'intervenantes du monde médical ... physiothérapeute, psychothérapeute, médecin de famille peut-être. Nous avons besoin de ces noyaux d'entraide qui doivent être en contact les uns avec les autres. Telle est la situation que je vis, et j'ai le sentiment d'avoir un réseau d'entraide (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.259}.

Quelle que soit leur forme, la violence et les mauvais traitements risquent d'inculquer à la personne des sentiments qui minent sa capacité d'exercer son pouvoir et d'entretenir des relations interpersonnelles. Pour en guérir, il faut recouvrer le pouvoir et rétablir les liens avec autrui⁸¹. La violence est source de préjudices qui surviennent dans le cadre de relations, et comme elle influence les habiletés interpersonnelles des victimes, la guérison ne peut survenir que dans le cadre de relations. Les relations fondées sur la compassion procurent le substrat — le milieu nourricier — nécessaire à la guérison des éléments de l'identité qui sont affaiblis par les traumatismes passés. Faute de pouvoir entretenir des relations bâties sur la confiance, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle se retrouvent isolées dans leur sentiment de honte. En s'engageant auprès des autres, elles peuvent apprendre à reconstituer leurs capacités fondamentales sur le plan de l'autonomie, de la confiance et de l'intimité⁸¹. En dispensant des soins de santé efficaces et sensibles dans le cadre d'un rapport humain sincère, les praticiens et praticiennes de la santé peuvent

se faire les complices de cette démarche. Ils peuvent également favoriser le « rebranchement » en aidant les personnes ayant survécu à une agression sexuelle à se familiariser avec leur corps et avec son fonctionnement, tant dans la maladie que la bonne santé.

9.2 Pratique sensible et soins axés sur les patients et patientes

D'aucuns croient que le paradigme de la pratique sensible est redondant et que, par définition, la notion de soins axés sur les clients et clientes englobe tous les éléments décrits dans le *Manuel de pratique*. Cependant, les auteurs de ce dernier sont d'un autre avis. Le *Manuel de pratique* n'aborde pas toutes les avenues par lesquelles les praticiens et praticiennes peuvent offrir des soins sensibles aux personnes ayant survécu à une agression sexuelle, pas plus qu'il ne traite de tous les mécanismes par lesquels la violence interpersonnelle altère la santé d'une personne ou ses expériences en matière de soins de santé. Cependant, au fil du temps, les auteurs en sont venus à percevoir la pratique sensible comme une amélioration, un « peaufinage » des soins axés sur les patients et patientes. Si les praticiens et praticiennes connaissaient tous le lien existant entre violence et santé, alors il ne serait peut-être pas nécessaire d'insister sur la pratique sensible. Hélas, rares sont les programmes d'études qui portent une grande attention à la violence et aux mauvais traitements de même qu'à leurs répercussions sur la santé et la prestation des soins¹⁶⁹, et il se trouve encore des praticiens et praticiennes qui demeurent convaincus que notre système de santé ne peut s'offrir le luxe de consacrer quelques minutes de plus à la mise en œuvre de la pratique sensible. Les auteurs avancent que l'incapacité de pratiquer de façon sensible équivaut à un abandon de la

responsabilité déontologique de ne pas porter préjudice, surtout compte tenu des pressions qui s'exercent sur le système de santé.

Ainsi donc, les auteurs incitent tous les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé à s'éveiller aux effets de la violence et des mauvais traitements et à s'assurer que leurs propos et comportements communiquent de façon sensible cette prise de conscience. Le peaufinage de l'approche axée sur les patients et patientes marquera un grand pas pour tous les hommes et toutes les femmes qui tentent d'aider leurs clients et clientes à vivre en bonne santé et à participer effectivement au fonctionnement de la société. Il n'est pas toujours possible de mesurer l'apport d'un praticien ou d'une praticienne au processus de guérison d'un individu. Cependant, dans le cadre du présent projet, les personnes ayant

survécu à une agression sexuelle ont souligné l'immense contribution qu'ils avaient tirée de relations thérapeutiques vigoureuses, aptes à procurer la confiance et de la sécurité essentielles au « (re)branchement ». La perspective que les personnes ayant survécu à une agression sexuelle puissent continuer de trouver l'habilitation nécessaire à leur développement, si lent soit-il, est porteuse de belles promesses :

Ainsi nous en tirons une relation ... donnant, donnant ... [La clinicienne] me donne un grand sens des responsabilités, je lui donne plein d'informations, et nous négocions la meilleure façon de travailler [ensemble] pour m'aider à combler mes besoins et me laisser la chance d'exercer un pouvoir sur ma propre vie (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.260}.

ANNEXE A : Fondements empiriques du manuel de pratique

Le *Manuel de pratique* tire sa source de deux études techniques, pluridisciplinaires et multisites, dont les méthodes ont été inspirées par la théorie à base empirique⁶⁷ et la philosophie de recherche-action⁷⁷. De façon générale, le projet avait pour but de contribuer à une démarche misant sur la collaboration entre personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance et praticiens et praticiennes de la santé, en vue de perfectionner des connaissances sur les pratiques pouvant influencer les soins de santé¹⁶⁴. Dans le cadre de la première étude, les auteurs ont : examiné le parcours de femmes ayant survécu à une agression sexuelle et ayant reçu des traitements de physiothérapie ; formulé des lignes directrices pour la pratique sensible, à la lumière de consultations menées auprès de personnes ayant survécu à une agression sexuelle, de physiothérapeutes et d'étudiants ou d'étudiantes en physiothérapie ; ainsi que produit une synthèse des résultats obtenus, sous forme de manuel de pratique. Soucieux d'aborder les lacunes et les questions mises au jour par cette première étude, les auteurs ont, dans le cadre de la seconde étude, interrogé des hommes et des femmes ayant survécu à une agression sexuelle afin de consigner leurs expériences et leurs points de vue en matière de pratique sensible, et ce, pour un large éventail de praticiens et praticiennes de la santé — y compris, mais de façon non limitative, les médecins, les infirmières et infirmiers, les infirmières praticiennes et infirmiers praticiens, les praticiens et praticiennes de la santé bucco-dentaire, les massothérapeutes, les praticiens et praticiennes des thérapies complémentaires ainsi que d'autres praticiens et praticiennes de la santé dépourvus de formation spéciale touchant la santé mentale, la psychiatrie ou la psychothérapie. De là, les auteurs ont entamé un dialogue avec les praticiens et praticiennes de la santé et les personnes ayant survécu à une agression sexuelle afin d'échanger

sur la pratique sensible et sur la création de la deuxième édition du *Manuel de pratique*.

Le premier projet de recherche a été réalisé en trois phases. Au cours de la première de ces phases, des entrevues ont été menées auprès de vingt-sept femmes adultes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance et provenant de Saskatchewan ou d'Ontario. Âgées de dix-neuf à soixante-deux ans, ces femmes présentaient des profils distincts en ce qui touche le niveau d'instruction, la profession et le niveau de revenu. À l'exception d'une métisse, toutes déclaraient être de race blanche. Chaque participante avait été renvoyée à des services de physiothérapie en milieu hospitalier ou en clinique externe, et quatre d'entre elles avaient refusé d'être traitées par des physiothérapeutes. Les auteurs ont analysé la transcription des entrevues et dégagé les thèmes fondamentaux connexes^{142,143,157,163}.

Au cours de la deuxième phase du projet, des groupes de travail ont été créés à Saskatoon (Saskatchewan) et à Waterloo (Ontario). Comptant chacun quatre physiothérapeutes et quatre personnes ayant survécu à une agression sexuelle, ces groupes se sont réunis de quatre à six reprises sur six mois en vue de peaufiner les thèmes et de les traduire en principes et en lignes directrices pour la pratique sensible. Lors de la troisième et dernière phase du projet, une première édition du *Manuel de pratique* a été produite à la lumière des données recueillies par le biais des entrevues et des groupes de travail. Quelque deux cents personnes — dont des participants et participantes, d'autres personnes ayant survécu à une agression sexuelle, des physiothérapeutes, des étudiants et étudiantes en physiothérapie ainsi que des conseillers et conseillères de tout le Canada — ont formulé leurs commentaires sur les versions successives du document, tantôt par écrit, tantôt dans le cadre de groupes de discussion. Ce vaste et patient effort de

consultation visait à assurer la pertinence clinique de la première édition du *Manuel de pratique*.

La deuxième étude s'est penchée sur les expériences de personnes ayant survécu à une agression sexuelle, au regard de leurs rapports avec des pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé *en tous genres*. En plus d'avoir des entretiens avec un groupe comptant neuf participants de sexe masculin, les auteurs ont réalisé des entrevues auprès de quarante-neuf hommes ayant survécu à une agression sexuelle. Les entrevues ont eu lieu dans six provinces canadiennes, soit la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick. En outre, les auteurs ont mené des entrevues téléphoniques auprès de dix-neuf femmes ayant survécu à une agression sexuelle et provenant de Saskatchewan ou d'Ontario. Des efforts répétés ont été déployés pour recruter des personnes autochtones ou de personnes de couleur ayant survécu à la violence sexuelle, mais sans grand succès. Ainsi, seuls huit hommes et une femme ont déclaré être des Autochtones (Métis ou membres des Premières nations). Âgés de vingt-quatre à soixante-deux ans, les participants et participantes présentaient des profils très différents en ce qui touche le niveau d'instruction, la profession et le niveau de revenu^{156,158,166}.

Comme ils l'avaient fait dans le cadre de la première étude, les auteurs ont constitué quatre groupes de travail chargés d'approfondir les thèmes mis en relief lors des entrevues. Deux des groupes étaient établis à Winnipeg (Manitoba), l'un comptant quatre hommes ayant survécu à une agression sexuelle et trois infirmières praticiennes ou infirmiers praticiens, l'autre comptant quatre hommes ayant survécu à une agression sexuelle et quatre médecins. Pour sa part, Saskatoon (Saskatchewan) a accueilli deux groupes, l'un comptant quatre femmes ayant survécu à une agression sexuelle et trois infirmières ou infirmiers, l'autre comptant trois

femmes ayant survécu à une agression sexuelle et quatre médecins. Ces groupes se sont réunis à trois ou quatre reprises sur quatre mois. À partir des constats tirés des entrevues et des recommandations formulées par les membres des groupes de travail pour les deux études, les auteurs ont rédigé un premier brouillon de la deuxième édition du *Manuel de pratique*. Ce texte a été soumis à tous les participants et participantes, qui ont fourni des commentaires dont l'équipe de recherche a tenu compte pour produire un deuxième brouillon. Ce dernier a été diffusé auprès de cent dix praticiens et praticiennes représentant un large éventail de perspectives et de spécialités des sciences de la santé, y compris des porte-parole de programmes de formation scolaire, d'associations professionnelles, d'organismes de réglementation et d'attribution des permis ainsi que de différents milieux de pratique. Des commentaires ont aussi été reçus de la part de cinquante-six consultants, dont des aromathérapeutes, des chiropraticiens ou chiropraticiennes, des dentistes, des hygiénistes dentaires, des assistantes ou assistants dentaires, des personnes travaillant à l'enseignement ou à la recherche en cinésiologie ou dans le monde du sport, des massothérapeutes, des praticiens et praticiennes de la santé mentale, des sages-femmes ou sages-hommes, des naturopathes, des infirmières et infirmiers, des infirmières praticiennes et infirmiers praticiens, des médecins, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes ainsi que des praticiens et praticiennes de reiki. Cette rétroaction a permis de mettre au point un troisième brouillon qui a fait l'objet de consultations supplémentaires auprès de six groupes de discussion réunissant des étudiants ou étudiantes et praticiens ou praticiennes de la santé. En tout, le processus de consultations a mobilisé quelque deux cents praticiens ou praticiennes de la santé et personnes ayant survécu à une agression sexuelle, provenant de tout le Canada.

ANNEXE B : Prévalence de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants

Dans bien des cas, la violence sexuelle ne fait l'objet d'aucun signalement pendant l'enfance ou à l'adolescence ; par conséquent, l'évaluation de la prévalence du phénomène s'appuie le plus souvent sur des études rétrospectives menées auprès d'adultes. Selon les estimations les plus récentes et les plus fiables du taux de prévalence à tout âge de la vie, jusqu'à un tiers de toutes les femmes auraient survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance alors que pour les hommes, cette proportion s'établirait à quatorze pour cent^{23,29,61}. La comptabilisation précise des cas de violence sexuelle pendant l'enfance soulève des questions méthodologiques relatives aux obstacles qui gênent le signalement (p. ex., la honte, le sentiment de culpabilité, le blâme de soi et la peur), aux polémiques que soulèvent certaines définitions, aux choix des populations étudiées (p. ex., échantillonnage dans les collectivités plutôt qu'en milieu clinique), aux méthodes de cueillette des données (p. ex., entrevues plutôt que questionnaires d'auto-évaluation), aux taux de réponse observés de même qu'au nombre de questions posées par les chercheurs et chercheuses au sujet de la violence sexuelle pendant l'enfance^{61,121,134,184}. Ces questions expliquent en partie le large éventail de résultats tirés des recherches et dictent une certaine prudence au niveau de l'interprétation des données ou de la conduite d'analyses comparatives à partir de données provenant d'études diverses.

Rares sont les grandes études communautaires ayant examiné l'incidence et la prévalence de la violence sexuelle pendant l'enfance chez les enfants et les jeunes. L'étude la plus complète est l'œuvre de David Finkelhor et Jennifer Dziuba-Leatherman⁶⁴, qui ont réalisé une enquête téléphonique auprès de deux mille résidents des États-Unis âgés de dix à seize ans. Cette recherche révèle que dans l'année précédant l'entrevue, trois et deux dixièmes pour cent des filles interrogées

déclaraient avoir été victimes de violence sexuelle — au sens de « toucher des parties sexuelles de l'enfant au travers de ses vêtements ou sous ces derniers, pénétration de l'enfant ou contact oral-génital avec l'enfant de la part d'une personne qui l'agresse »^{64p.419} [traduction] — alors que cette proportion était de six dixièmes pour cent chez les garçons. Pour l'échantillon complet, le taux de prévalence des actes sexuels tentés ou commis contre des enfants s'établissait à dix et cinq dixièmes pour cent.

De façon générale, l'analyse d'échantillons aléatoires prélevés dans les collectivités révèle que la proportion de personnes ayant vécu des expériences sexuelles non désirées avant l'âge de dix-huit ans varierait entre douze et trente-cinq pour cent chez les femmes et entre quatre et neuf pour cent chez les hommes¹²¹. Après avoir tenu compte des écarts entre les définitions, l'échantillonnage et les taux de réponse relevés pour un échantillon transversal de seize enquêtes par sondage réalisées dans des collectivités, Kevin M. Gorey et Donald R. Leslie⁷⁰ concluent que le taux de prévalence de la violence sexuelle pendant l'enfance serait de seize et huit dixièmes pour cent chez les femmes et sept et neuf dixièmes pour cent chez les hommes. Pour sa part, après s'être penchée sur les résultats de grandes études communautaires menées dans dix-neuf pays du monde, Finkelhor⁶² conclut que ces mêmes taux varieraient entre sept et trente-six pour cent chez les femmes et entre trois et vingt-neuf pour cent chez les hommes. Ainsi, la violence sexuelle pendant l'enfance serait un phénomène planétaire qui s'observe dans toutes les régions où des recherches ont été menées sur la question — un constat que confirment certaines enquêtes récentes réalisées dans des pays non occidentaux^{p. ex.,39,98}. Quant à eux, après avoir analysé les taux de prévalence à l'échelle des collectivités observés dans différents pays, David Murray Fergusson et Paul E. Mullen⁵⁹

concluent qu'entre quinze et trente pour cent des femmes et trois et quinze pour cent des hommes déclareraient avoir été exposés à une quelconque forme d'intérêt sexuel non désiré pendant l'enfance. Ces résultats correspondent à ceux tirés d'une récente étude, publiée par John Briere et Diana Elliot²⁹, selon laquelle les taux de signalement d'agressions sexuelles pendant l'enfance s'établiraient à trente-deux et trois dixièmes pour cent chez les femmes et à quatorze et deux dixièmes pour cent chez les hommes. Briere et Elliot ajoutent que vingt-et-un pour cent des adultes ayant fait état de violences sexuelles pendant l'enfance auraient également subi des sévices physiques.

La prévalence de la violence sexuelle pendant l'enfance est encore plus marquée chez les personnes handicapées. Une analyse bibliographique⁸³ portant sur les enfants ayant des incapacités — au sens de « l'éventail complet des déficiences physiques, mentales et émotionnelles »^{83p.1018} [traduction] — cite des études selon lesquelles ces enfants seraient plus à risque de souffrir de négligence (écart de près de cent pour cent), de sévices physiques (écart de soixante pour cent) ou d'agressions sexuelles (écart de cent vingt pour cent) que les enfants n'ayant aucune incapacité⁸³. D'autres recherches font état de taux de violence sexuelle encore plus élevés chez les enfants ayant des incapacités.

ANNEXE C : Dynamique traumagénique de la violence sexuelle pendant l'enfance

Le tableau 6 donne un aperçu des problèmes les plus courants auxquels font face les personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance. Le tableau s'inspire du concept de dynamique traumagénique de la violence sexuelle

pendant l'enfance formulé par David Finkelhor et Angela Browne⁶³. Cette dynamique décrit les répercussions que risquent d'avoir, sur les victimes, les comportements, les expériences et les événements associés aux mauvais traitements.

TABLEAU 6.

Dynamique traumagénique de la violence sexuelle pendant l'enfance

Caractéristique	Dynamique	Manifestations possibles
Sexualisation traumatisante	<ul style="list-style-type: none"> Le fait de récompenser la pratique de comportements sexuels risque d'accroître la prégnance des questions sexuelles chez l'enfant. Le fait de recevoir de l'attention et de l'affection en échange de faveurs sexuelles risque d'altérer la capacité d'une personne qui survit à la violence sexuelle de développer un sentiment d'amour et d'appartenance sain. Les parties sexuelles de l'enfant risquent d'être fétichisées. Les mauvais traitements risquent d'insulquer de fausses idées à propos de la sexualité (p. ex., identité sexuelle, orientation sexuelle, comportements sexuels et moralité sexuelle). Un conditionnement risque d'associer les activités sexuelles à des émotions et des souvenirs désagréables, alimentant une aversion pour ces activités ou pour l'intimité. 	<ul style="list-style-type: none"> Évitement de tout ce qui concerne la sexualité Préoccupations à l'égard des questions sexuelles ou des comportements sexuels compulsifs Activités sexuelles précoces Comportements sexuels agressifs Promiscuité Prostitution (participation au commerce du sexe en tant que travailleur ou travailleuse du sexe ou en tant que client ou cliente) Dysfonctions sexuelles (p. ex., absence de désir, peine à trouver l'excitation sexuelle, incapacité d'atteindre l'orgasme et évitement de l'intimité sexuelle)
Trahison	<ul style="list-style-type: none"> La violence sexuelle pendant l'enfance joue sur la vulnérabilité de l'enfant, brise l'anticipation de sollicitude et de protection de la part d'autrui et risque de nuire à la capacité de faire confiance. L'autonomie et le bien-être de l'enfant sont laissés de côté, ce qui risque d'influencer son sentiment d'identité. La honte et le sentiment de culpabilité s'enracinent, car l'enfant croit avoir fait quelque chose pour mériter ses sévices. La perte de l'innocence ou de l'illusion d'une famille « parfaite » ou « normale » éveille un profond sentiment de deuil et risque de provoquer une dépression. L'anxiété ou la peur extrême donne lieu à un sentiment de dépendance 	<ul style="list-style-type: none"> Dépendance excessive ou tendance à s'accrocher Vulnérabilité à l'exploitation et aux sévices subséquents Défaut de juger correctement la bonne foi ou les motifs d'autrui, avec pour résultat une reprise des sévices et de l'exploitation et/ou une incapacité de protéger ses propres enfants contre les mauvais traitements Comportements de retrait, isolement social et/ou évitement des relations intimes Difficultés chroniques sur le plan des relations Actes d'extériorisation (p. ex., comportements agressifs, délinquance, prise de risques, etc.)

Caractéristique	Dynamique	Manifestations possibles
Stigmatisation	<ul style="list-style-type: none"> • La victime encourt le blâme de l'agresseur ou de l'agresseuse et d'autres personnes, ce qui éveille un sentiment de honte ou de culpabilité. • L'enfant subit les pressions de l'agresseur ou de l'agresseuse pour garder le secret. • L'enfant victime se sent « marqué » ou « marquée », « anormal » ou « anormale », « vilain » ou « vilaine », ce qui risque de déformer le sentiment d'identité et de miner l'estime de soi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dysphorie ou dépression chronique • Stigmatisation, isolement social et marginalisation qui risquent de stimuler la consommation d'alcool ou d'autres drogues • Comportement criminel • Défaut de se soigner (p. ex., comportements risqués, piètre hygiène, pratiques sanitaires déficientes) • Automutilation ou actes autodestructeurs
Sentiment d'impuissance	<ul style="list-style-type: none"> • L'invasion non désirée du corps ou de l'espace personnel risque de nuire à l'établissement et au maintien de saines limites et d'accentuer le risque de victimisation répétée. • Pour faire participer sa victime, l'agresseur ou l'agresseuse peut recourir à la violence, aux menaces, à la supercherie ou au chantage. • En cas de divulgation de mauvais traitements, la personne risque de cultiver un sentiment d'efficacité amoindri si son entourage ne la croit pas ou s'il ne réagit pas de manière appropriée. • Certaines victimes cultivent un besoin marqué de contrôle personnel et en viennent même, parfois, à s'identifier à l'agresseur ou l'agresseuse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperéveil (c. à-d., anxiété chronique, phobies, tendance à sursauter à rien, irritabilité, troubles du sommeil) • Intrusion (p. ex., flashbacks en état d'éveil ou sommeil troublé par des cauchemars traumatisants) • Diminution de la spontanéité (dissociation en vue de supporter un danger que l'on ne peut surmonter ou auquel on ne peut échapper) – modification de la perception, des sens et de la perception du temps, avec pour possibles résultats l'évitement des rappels du trauma, l'engourdissement émotionnel, l'obtusion, le désintéret et l'incapacité de se réjouir • Affections et maladies causées par le stress ; troubles chroniques et/ou troubles somatiques vagues

Inspiré de : Finklehor et Browne⁶³ (avec l'autorisation de D. Finkelhor).

ANNEXE D : Critères diagnostiques des troubles de stress

Trouble de stress aigu

Repris et traduit de : *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd. text. rev.^{9p.471-472} (avec l'autorisation de l'American Psychiatric Association).

A. La personne est exposée à un événement traumatisant qui réunit les deux conditions suivantes :

- La personne est victime d'au moins un événement qui cause ou risque de causer la mort ou des blessures graves ou qui menace son intégrité physique ou celle d'autrui, affronte un tel événement ou en est témoin.
- Réagissant à l'événement, la personne éprouve une peur intense, un état de détresse ou un sentiment d'horreur.

B. Au moment où survient l'événement stressant ou par la suite, la personne présente au moins trois des symptômes suivants de dissociation mentale :

- état subjectif d'engourdissement, de désintérêt ou d'insensibilité émotionnelle ;
- perte de conscience à l'égard du milieu (p. ex., état « d'étourdissement ») ;
- déréalisation ;
- dépersonnalisation ;
- amnésie dissociative (c.-à-d., incapacité de se remémorer un élément important du trauma).

C. L'événement traumatisant se revit continuellement de l'une des façons suivantes :

- images récurrentes, pensées, rêves, illusions, épisodes de flashbacks ou sentiment de répéter l'expérience ;

- réaction provoquée par l'exposition aux rappels de l'événement traumatisant.

D. Évitement marqué des stimuli qui éveillent des souvenirs du trauma (p. ex., pensées, sentiments, conversations, activités, lieux, personnes).

E. Symptômes marqués d'anxiété ou d'hyperveille (p. ex., troubles du sommeil, irritabilité, manque de concentration, hyper-vigilance, réaction exagérée de sursaut, agitation motrice).

F. Perturbation qui, du point de vue clinique, donne lieu à un stress ou à des troubles significatifs sur le plan social ou professionnel ou dans une autre sphère importante de la vie ou qui altère la capacité de la personne de mener à bien une tâche pertinente, comme chercher de l'aide ou mobiliser ses ressources propres en partageant le récit de l'expérience traumatisante avec les membres de sa famille.

G. Perturbation d'une durée d'au moins deux jours et au plus quatre semaines qui survient dans un délai de quatre semaines à compter de l'événement traumatisant.

H. Perturbation qui ne résulte ni des effets physiologiques directs de la consommation d'alcool ou d'autres drogues (p. ex., une drogue utilisée par les toxicomanes ou un médicament), ni d'un état pathologique général, qui ne s'explique pas plus exactement par un trouble psychotique bref et qui ne découle pas simplement de l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

Syndrome de stress post-traumatique

Repris et traduit de : *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd. text. rev.^{9 p. 467-468} (avec l'autorisation de l'American Psychiatric Association).

- A. La personne est exposée à un événement traumatisant qui réunit les deux conditions suivantes :
- (1) La personne est victime d'au moins un événement qui cause ou risque de causer la mort ou des blessures graves ou qui menace son intégrité physique ou celle d'autrui, affronte un tel événement ou en est témoin.
 - (2) Réagissant à l'événement, la personne éprouve une peur intense, un état de détresse ou un sentiment d'horreur. Remarque : Chez l'enfant, cette réaction peut se manifester par un comportement agité ou aberrant.
- B. L'événement traumatisant se revit continuellement de l'une ou plusieurs des façons suivantes :
- (1) souvenirs stressants et récurrents de l'événement, ponctués notamment d'images, de pensées ou de perceptions (chez le jeune enfant ou la jeune enfant, possibilité de jeux répétitifs à travers lesquels s'expriment certains thèmes ou certaines facettes du trauma) ;
 - (2) rêves stressants et récurrents à propos de l'événement (chez le jeune enfant ou la jeune enfant, possibilité de cauchemars ne refermant aucun élément reconnaissable) ;
 - (3) comportements ou sentiments semblables à ceux qui accompagneraient une reprise de l'événement, y compris l'impression de revivre l'expérience, des illusions, des hallucinations et des épisodes de flashbacks dissociatifs, notamment au réveil ou en état d'ébriété (chez le jeune enfant ou la jeune enfant, possibilité de répétition d'éléments propres au trauma) ;
 - (4) détresse psychologique profonde provoquée par l'exposition à des signaux internes ou externes qui symbolisent une facette de l'événement traumatisant ou qui s'y apparentent ;
 - (5) réactivité physiologique provoquée par l'exposition à des signaux internes ou externes qui symbolisent une facette de l'événement traumatisant ou qui s'y apparentent.
- C. Évitement persistant des stimuli associés au trauma et engourdissement de la sensibilité générale (absente avant le trauma), reconnaissables à au moins trois des éléments suivants :
- (1) efforts en vue d'éviter les pensées, les sentiments ou les conversations ayant trait au trauma ;
 - (2) efforts en vue d'éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du trauma ;
 - (3) incapacité de se remémorer un élément important du trauma ;
 - (4) désintérêt marqué pour des activités importantes ou recul notable de l'intérêt porté à ces activités ;
 - (5) sentiment de marginalisation ou de désintérêt par rapport à autrui ;
 - (6) réduction de l'éventail de l'affect (p. ex., incapacité d'éprouver des sentiments amoureux) ;
 - (7) raccourcissement de l'horizon futur (p. ex., impression de ne jamais pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants ou avoir une vie de durée normale).
- D. Symptômes persistants d'hyperveil (absents avant le trauma), reconnaissables à au moins deux des éléments suivants :
- (1) difficulté à s'endormir ou à maintenir le sommeil ;
 - (2) irritabilité ou débordements de colère ;
 - (3) difficulté à se concentrer ;
 - (4) hyper-vigilance ;
 - (5) réaction exagérée de sursaut.
- E. Perturbation d'une durée de plus d'un mois (selon des symptômes qui correspondent aux critères énoncés en B, C et D).
- F. Perturbation qui, du point de vue clinique, donne lieu à un stress ou des troubles significatifs sur le plan social ou professionnel ou dans une autre sphère importante de la vie.
- À préciser :
 Syndrome aigu – si les symptômes se manifestent pendant moins de trois mois
 Syndrome chronique – si les symptômes se manifestent pendant trois mois ou plus
- À préciser :
 Apparition retardée – si les symptômes apparaissent au moins six mois après l'événement stressant

Troubles de stress extrême non spécifiés ailleurs

Judith Herman⁸¹ a remis en doute la possibilité qu'un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique^{7,8,9} puisse cerner tout l'éventail des réactions humaines aux traumatismes. À l'instar de certains de ses collègues^{p. ex.,173}, Herman avance qu'il serait plus juste de concevoir ces réactions comme les éléments d'un spectre dont les extrémités correspondraient, d'une part, à une réaction au stress aigu qui se règle d'elle-même sans traitement et, d'autre part, à ce que la chercheuse qualifierait de « syndrome de stress post-traumatique complexe ». Selon cette vision, le syndrome de stress post-traumatique « simple » ou « classique » occuperait un point du spectre situé quelque part entre les deux extrémités^{81p.119}.

Au moment même où était conçu le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd.⁸ (désigné par l'acronyme *DSM-IV*), un essai pratique a eu lieu pour évaluer la pertinence d'inclure le concept de syndrome de stress post-traumatique complexe — également nommé *troubles de stress extrême non spécifiés ailleurs* — en tant que diagnostic distinct du syndrome de stress post-traumatique. À la lumière des résultats de l'essai pratique et d'autres études plus récentes, d'aucuns ont cru que la légitimité du diagnostic de troubles de stress extrême non spécifiés ailleurs avait été démontrée¹⁷⁴. Cependant, il n'a pas été inscrit comme tel dans le *DSM-IV*, qui aborde plutôt les catégories de symptômes afférentes à la rubrique « caractéristiques associées et descriptives du syndrome de stress post-traumatique »¹⁷¹.

La dernière version du *DSM-IV-TR* évoque la possibilité que la constellation de symptômes

suivants soient associés au syndrome de stress post-traumatique — ces symptômes étant généralement observés là où l'agent stressant met en cause un trauma interpersonnel (p. ex., violence physique ou sexuelle pendant l'enfance ou violence conjugale) :

- altération de la modulation de l'affect ;
- comportement autodestructeur ou impulsif ;
- symptômes de dissociation ;
- plaintes somatiques ;
- sentiments d'inefficacité ;
- honte, atterrement ou désespoir ;
- sentiment d'être marqué ou marquée pour la vie ;
- reniement de convictions soutenues par le passé ;
- hostilité ;
- comportements de retrait social ;
- sentiment constant d'être menacé ou menacée ;
- altération des relations interpersonnelles ;
- modification des traits de personnalité antérieurs de la personne^{9p.465}.

ANNEXE E : Exemple de présentation d'un établissement

Dans bien des cas, les participants et participantes ayant survécu à une agression sexuelle ont affirmé ne pas situer le cadre de la pratique des cliniciens et cliniciennes et ne pas connaître la nature du travail associé aux examens et aux traitements. La fiche d'information suivante a été mise au point par des praticiens et praticiennes et des personnes ayant survécu à une agression sexuelle. Conçue à l'intention des nouveaux

patients et nouvelles patientes d'une clinique externe de physiothérapie, elle a pour but de présenter l'établissement d'une façon qui puisse être facilement comprise. En s'inspirant de cet exemple, les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé sont invités à collaborer avec leurs patients et patientes pour mettre au point des présentations portant sur leur propre pratique et leurs propres installations.

Suggestions aux clients des cliniques externes de physiothérapie

Bienvenue en physiothérapie ! Nous sommes heureux de vous avoir pour client ou cliente. Avant d'entreprendre votre traitement, votre physiothérapeute procédera à une évaluation. Il est important que s'instaure une communication directe et ouverte entre vous et votre physiothérapeute. Vous trouverez ci-dessous une liste de suggestions qui pourront vous aider pour votre physiothérapie.

Vous pouvez choisir d'être traité(e) par un homme ou par une femme.

- Si vous estimez que le sexe de votre physiothérapeute est important, veuillez nous le faire savoir au moment de fixer votre premier rendez-vous.
- Si en cours de traitement vous souhaitez poursuivre avec un physiothérapeute de l'autre sexe, faites-le-nous savoir.
- Si nous ne pouvons vous offrir un physiothérapeute du sexe de votre choix, nous pourrions vous orienter vers un établissement qui pourra le faire.

Vous pouvez demander que quelqu'un vous accompagne pendant vos traitements de physiothérapie.

Cette personne peut être :

- un membre de votre famille, un ami ou une amie ;
- un membre du personnel de la clinique.

La physiothérapie donne les meilleurs résultats quand le client ou la cliente et son ou sa thérapeute travaillent en équipe.

Votre physiothérapeute commencera par vous expliquer votre traitement. N'hésitez pas à faire savoir à votre physiothérapeute si :

- certains éléments du traitement vous rendent mal à l'aise ;
- vous ne comprenez pas le traitement ou le langage qu'utilise votre thérapeute ;
- vous n'êtes pas d'accord avec le traitement.

Aussi, pour que votre traitement soit le plus efficace possible, tenez votre physiothérapeute au courant des effets (bons, mauvais ou nuls !) du traitement sur vous. Plus vous en direz à votre physiothérapeute, plus il ou elle sera en mesure de vous aider.

Nous nous efforcerons de préserver votre intimité.

- Votre physiothérapeute pourrait avoir besoin que vous portiez une jaquette d'hôpital pour certains traitements. Si vous préférez apporter des vêtements amples personnels, veuillez l'en informer
- Il se pourrait que vous ayez à vous changer pendant certaines séances ; vous pourrez le faire dans l'intimité.
- Veuillez nous dire si vous souhaitez que les rideaux soient tirés autour de la table de traitement à tout moment.

Le ou la physiothérapeute fait appel au toucher et exige que vous exécutiez des mouvements.

Dites à votre physiothérapeute si :

- certaines parties de votre corps sont sensibles au toucher ou au mouvement ;
- le toucher vous rend mal à l'aise ;
- il y a quelque chose qu'il ou elle peut faire pour vous mettre plus à l'aise.

Vous avez le droit de demander l'arrêt du traitement en tout temps, pendant ou après une séance.

Au nombre des raisons pour lesquelles certaines personnes peuvent décider d'arrêter le traitement, on compte :

- un inconfort pendant le traitement ;
- la décision d'essayer un autre type de soins médicaux.

Si vous décidiez d'essayer un autre type de soins, votre physiothérapeute pourrait éventuellement vous donner le nom d'une personne qui selon lui ou elle serait en mesure de vous aider.

Par-dessus tout, nous voulons faire en sorte que vous vous sentiez en meilleure santé !

ANNEXE F : Rédaction des formules de consentement dans un langage clair et simple

La formule suivante a été rédigée par une personne ayant survécu à une agression sexuelle, à partir d'une formule de consentement uniforme utilisée dans une clinique de physiothérapie. Elle démontre comment le recours au langage clair et simple permet de créer des formules faciles à

comprendre. Les cliniciens et cliniciennes sont invités à collaborer avec leurs clients et clientes et avec des avocats ou avocates en vue de mettre au point des formules qui, tout en étant rédigées dans un langage clair et simple, intègrent toutes les exigences juridiques pertinentes.

Formule de consentement relative à un examen ou un traitement effectué par un ou une physiothérapeute

Je vais être bientôt examiné(e) et traité(e) par un ou une physiothérapeute et/ou par ses assistants ou assistantes.

Pour être correctement examiné(e) et traité(e), je devrai porter des culottes courtes et un T-shirt. Le ou la physiothérapeute devra observer mon corps au repos et en mouvement. Il ou elle devra toucher et faire bouger mon corps lors de l'évaluation et du traitement. S'il m'arrivait de ressentir un inconfort à tout moment pendant l'évaluation et le traitement, je pourrai en informer le ou la physiothérapeute et demander l'arrêt de l'évaluation et/ou du traitement. Je pourrai être accompagné(e) d'une personne pendant le traitement, soit un ami ou une amie ou un membre de ma famille, soit un membre du personnel de la clinique (si possible). Dans ce dernier cas, je pourrai choisir une personne du sexe qui me convient.

Je devrai faire état au ou à la physiothérapeute de mes ennuis de santé passés et actuels. Le ou la thérapeute devra demander ma permission avant de contacter mon ou ma médecin s'il ou elle découvre tout nouvel ennui. Je sais que toutes les informations que je divulguerai et toutes les informations qui seront ajoutées à mon dossier sont confidentielles.

Le traitement physiothérapeutique peut comprendre : _____ (langage clair et simple, soyez précis). Il arrive souvent de ressentir des douleurs après le traitement parce que les articulations et les muscles ont été étirés. Si j'éprouve d'autres symptômes, j'en informerai mon ou ma physiothérapeute.

Ma signature (ci-dessous) indique que je comprends toutes les informations ci-dessus.

APPENDIX G : Comment collaborer avec les Autochtones, rédigé par Rose Roberts, inf. aut., Ph.D.

Les Autochtones du Canada : quelques mots d'histoire

Il existe une foule de documents qui relatent l'histoire des Premières nations, des Métis et des Inuits du Canada. En bibliographie, le présent document propose une liste abrégée d'ouvrages recommandés. Le texte qui suit a pour but de donner un aperçu qui, en matière de pratique sensible, pourra servir de point de départ aux praticiens et praticiennes de la santé qui travaillent auprès des membres des Premières nations, des Métis et des Inuits.

Au Canada, les Autochtones forment une population variée. La volonté de classer les peuples autochtones en un seul groupe a poussé de nombreux auteurs à proposer de nouveaux termes, susceptibles de désigner un tel groupe ; c'est le cas notamment des appellations « Aborigènes », « Indigènes » et « Indiens ». Au sens que lui prête la Constitution du Canada, le mot *Autochtones* désigne les Indiens inscrits, les Indiens non inscrits, les Métis et les Inuits. Les Indiens inscrits sont ceux dont les ancêtres ont conclu des traités alors que les Indiens non inscrits sont les descendants d'Indiens qui n'ont conclu aucun traité ou qui étaient absents au moment de la signature. Un sous-groupe d'Indiens non inscrits a également vu le jour après que des Indiens aient perdu leurs droits issus de traités, notamment parce qu'ils avaient servi dans les forces armées, exercé leur droit de vote, obtenu un diplôme d'études secondaires ou (dans le cas d'une femme) épousé un homme non autochtone. La plupart des éléments de ce sous-groupe ont cependant recouvré leurs droits issus de traités à la suite d'une modification apportée en 1984 à la Loi sur les Indiens (projet de loi C-31).

On sait peu de choses sur l'histoire des peuples autochtones du Canada avant l'arrivée des Européens. La plupart des données disponibles proviennent de travaux réalisés par des

archéologues ou des anthropologues. Selon la théorie la plus répandue en Occident, les ancêtres des Premières nations seraient venus d'Asie et auraient franchi le détroit de Béring pour gagner l'Amérique. Les Premières nations disent souvent qu'elles occupent le territoire *de toute ancienneté*, ce qui ferait référence à un peuplement remontant grossièrement à la période entre l'an 50 000 et l'an 15 000 avant Jésus-Christ⁴⁹. Le détroit de Béring aurait pu servir de pont continental en trois occasions distinctes, ce qui donne lieu à des théories concernant l'existence d'autant de vagues migratoires indépendantes⁴⁹. Des découvertes archéologiques donnent à penser qu'au fil des générations, les premiers migrants auraient parcouru le littoral du Pacifique pour gagner l'Amérique du Sud. Plus tard, avec le retrait des glaciers, certains de ces individus auraient repris la voie du nord. La seconde vague migratoire aurait permis aux Athapascan (des Dénés) de s'établir au nord du continent, avant qu'une éruption volcanique ne les pousse à se déplacer vers le sud. Enfin, la troisième vague aurait vu les Inuits occuper progressivement tout le nord, en procédant d'ouest en est⁴⁹.

La catégorisation des membres des Premières nations du Canada a fait l'objet de nombreuses tentatives. Ainsi, selon l'une des méthodes courantes de classification, les Autochtones se diviseraient en onze groupes, définis d'après la famille de langues qu'ils utilisent : algonquienne, athapascanne, inuite-aléoute, haida, tlingit, sioux, tsimshian, wakash, salish, kutenai et iroquoise¹⁷⁵. D'aucuns croient qu'entre cinquante et soixante langues prévalaient à l'époque du premier contact entre Autochtones et Européens. De nos jours, les langues les plus répandues sont la langue crie, l'oïbwa et l'inuktitut. De nombreuses Premières nations s'appliquent à préserver leur langue¹⁷⁵. Une autre méthode de classification repose sur le concept de *zone culturelle*. Ainsi, compte tenu des secteurs géographiques et des similitudes

observées entre les cultures, il existerait sept zones culturelles : la zone arctique, la zone subarctique occidentale, la zone subarctique orientale, les régions boisées du Nord-Est, la zone des plaines, la zone des plateaux ainsi que la côte du Nord-Ouest¹⁷⁵. Fait digne de remarque, les frontières des zones culturelles s'apparenteraient aux frontières séparant les différents groupes linguistiques. Aujourd'hui, le Canada compte plus de six cent dix collectivités de Premières nations, et l'on recense au pays plus de sept cent trente-trois mille Autochtones qui vivent dans les réserves ou à l'extérieur des réserves¹¹.

Pour les Premières nations du Canada, le premier contact entre Européens et Autochtones a marqué le début d'une période ponctuée de nombreux changements. Parmi eux figure la naissance d'un nouveau peuple, les Métis, essentiellement constitué des descendants d'unions entre femmes des Premières nations et hommes de France. Pour leur part, les personnes issues d'unions entre femmes des Premières nations et hommes d'Écosse ou d'Angleterre étaient plus couramment désignées par l'épithète *sang-mêlé*. Le Ralliement national des Métis, organisme gouvernemental national qui représente les Métis, a adopté la définition suivante¹²³, qui sert aujourd'hui à désigner les membres de ce peuple : « Est métisse une personne qui se reconnaît comme tel, qui descend d'ancêtres métis de vieille souche, qui se distingue des autres Autochtones et qui est reconnue par la nation métisse » [traduction]. Par « Métis de vieille souche », on entend les Autochtones autrefois appelés Métis ou Sang-Mêlé qui peuplaient le territoire historique de la nation métisse, à savoir le territoire traditionnel du Centre-Ouest de l'Amérique du Nord qu'occupaient et qu'exploitaient les Métis ou les Sang-Mêlé. Selon le Ralliement national des Métis, le Canada compterait entre trois cent cinquante mille et quatre cent mille Métis¹²³.

Les Inuits peuplent les terres arctiques du Canada, de l'Alaska et du Groenland. En dépit de l'immensité de ce territoire, ces Autochtones présentent des caractéristiques physiques et culturelles qui varient peu d'une région à l'autre. Depuis plus de cinq mille ans, les Inuits survivent dans l'un des milieux

les plus hostiles qu'offre notre planète⁹⁰. On les retrouve surtout sur le littoral, le long de bassins peu profonds qu'irriguent des rivières et où percent de nombreuses îles couvertes de glaciers de montagne et de glaces pérennes. Sur ces terres sans arbres, il est impossible d'échapper au vent. Bon an, mal an, le mercure se maintient sous le point de congélation pendant huit ou neuf mois, et les précipitations totales dépassent à peine les seuils observés en milieu désertique. Selon le Recensement de 2001, le Canada compterait plus de quarante-cinq mille Inuits qui constitueraient environ cinq pour cent de toute la population autochtone du pays¹⁵⁹. À l'échelon national, ces peuples sont représentés par l'Inuit Tapiriit Kanatami.

Le legs des pensionnats

L'exercice du droit à l'instruction issu des traités a mené à la création, entre 1892 et 1969, de quelque cent trente-cinq pensionnats⁶⁶. Les chefs des Premières nations voulaient que des écoles soient construites dans les réserves. Cependant, par souci d'économie, le gouvernement fédéral a plutôt mis sur pied des pensionnats dont il a confié l'administration, par voie d'ententes, à l'Église catholique romaine, à l'Église anglicane, à l'Église méthodiste et à l'Église presbytérienne. Presque tous situés dans les provinces de l'Ouest, ces pensionnats auraient, croit-on, accueilli plus de cent cinquante mille élèves. L'Assemblée des Premières nations évalue à plus de cent cinq mille le nombre actuel de personnes ayant survécu à l'expérience des pensionnats¹².

Les pensionnats étaient fondés sur une doctrine qui prévoyait l'assimilation par l'instruction, l'endoctrinement religieux et l'appauvrissement culturel (pratique qui consiste à inculquer aux enfants la honte de leur patrimoine). La violence physique, psychologique et sexuelle sévissait dans ces établissements qui, souvent, offraient des conditions de vie inférieures au niveau normal. Selon d'anciens élèves, la faim marquait souvent le quotidien des enfants, à qui les parents refilaient de la nourriture lors des visites le weekend⁷². D'autres témoignages font état d'enfants contraints de voler aux cuisines pour manger à leur faim. En outre, l'instruction

des élèves était de qualité inférieure. À la fin des années 1950, les pensionnats comptaient encore plus de quarante pour cent d'enseignants qui n'avaient reçu aucune formation professionnelle⁶⁶. L'appauvrissement culturel passait par l'imposition de sévices physiques et émotionnels aux élèves qui pratiquaient une langue traditionnelle, par la coupe des cheveux (auxquels les Autochtones confèrent une grande importance sur le plan culturel et spirituel), par l'imposition de pratiques religieuses étrangères ainsi que par la mise à l'écart délibérée des enfants lors des visites de leurs parents.

Encore aujourd'hui, l'expérience des pensionnats a des répercussions néfastes sur les collectivités autochtones. Ces « conséquences intergénérationnelles font référence aux effets des abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats et qui ont été transmis aux enfants, aux petits-enfants et aux arrière-petits-enfants de ceux qui ont fréquenté le réseau des pensionnats indiens »⁶⁵. Il s'agit notamment :


- de consommation excessive d'alcool et d'autres drogues ;
- de violences physiques, psychologiques et sexuelles, passées et présentes ;
- de dévalorisation ;
- de familles dysfonctionnelles et de relations interpersonnelles perturbées ;
- de problèmes liés à l'exercice du rôle parental ;
- de suicide ;
- de grossesses chez les adolescentes.

La Fondation autochtone de guérison (FAG) a été créée en 1998 dans la foulée de la Commission royale sur les peuples autochtones. Son mandat consiste à financer et à soutenir des initiatives axées sur la guérison des Autochtones. En date de novembre 2005, le gouvernement fédéral avait engagé mille trois cent quarante-six subventions d'une valeur totale de trois cent soixante-dix-huit millions de dollars. De plus, il avait promis l'octroi, au cours des cinq années suivantes, d'une allocation supplémentaire totalisant cent vingt-cinq millions de dollars. Les demandes de financement reçues par la FAG s'élèvent à

plus d'un milliard trois cent millions de dollars, et l'organisme évalue qu'il faudra six cents millions de dollars sur trente ans pour s'attaquer pleinement au legs des pensionnats. Pour tout renseignement, les lecteurs et lectrices sont priés de consulter le site Web de la FAG : <<http://www.fadg.ca/>>. L'Indian Residential School Survivors' Society — sur Internet : <www.irsss.ca> — est un autre organisme qui offre des ressources aux personnes ayant survécu à l'expérience des pensionnats de même qu'aux personnes qui travaillent dans le domaine de la guérison. Entre autres services, l'organisme dispose d'un service de ligne d'écoute téléphonique sans frais, disponible tous les jours vingt-quatre heures sur vingt-quatre (1-866-925-4419).

En ce qui touche la pratique sensible, les praticiens et praticiennes de la santé qui travaillent auprès des clients ou clientes autochtones doivent être à l'affût des traits de personnalité suivants, qui pourraient dénoter des traumatismes passés, liés à l'expérience des pensionnats : (a) l'intériorisation inconsciente des comportements appris dans les pensionnats (p. ex., la politesse feinte, l'absence de revendication, la complaisance passive, l'excès de propreté ou l'obéissance irréfléchie) ; (b) les flashbacks et les traumatismes associatifs (p. ex., les rappels d'images, l'accès d'anxiété, les symptômes physiques ou les réactions de peur provoqués par la vue de certaines choses ou par des odeurs, des aliments, des sons et des personnes en particulier) ; (c) l'aversion ou le sentiment d'infériorité intériorisés à l'égard des Blancs, surtout ceux qui sont en situation d'autorité⁶⁵.

Les praticiens et praticiennes de la santé sont invités à aborder les personnes d'origine autochtone avec respect et ouverture d'esprit ainsi qu'à prévoir plus de temps que d'ordinaire pour faire les présentations et établir avec ces personnes un rapport fondé sur la confiance. Pour collaborer avec des clients ou clientes autochtones, il est approprié de recourir aux protocoles de pratique sensible qu'énonce le *Manuel de pratique*, surtout si ces protocoles se doublent d'efforts concertés pour que le praticien ou la praticienne s'éveille aux cultures autochtones et parvienne à mieux les comprendre.

 Ressources et ouvrages recommandés – Ouvrages sur les Autochtones (tout particulièrement les déclarations de principe produites par Janet Smylie)

Systèmes de santé

Les traités conclus entre le Canada et les Premières nations et Inuits n'abordent pas nommément la question des soins de santé. La seule mention directe du sujet apparaît dans le Traité n° 6, signé en 1876 dans les moyennes prairies de la Saskatchewan et de l'Alberta. On y lit « [q]u'il sera tenu un buffet à médicaments au domicile de tout agent des Indiens pour l'usage et l'avantage des Indiens, à la discrétion de tel agent »³⁷. Ce traité a fait l'objet d'actions en justice ultérieures qui ont statué qu'à l'époque de la signature du document, les chefs tentaient de conclure l'entente la plus favorable qui soit pour leurs membres et que, dans cette optique, la clause du traité pouvait signifier la prestation d'un ou de chacun des services nécessaires au maintien de la santé des Premières nations¹¹⁷. L'esprit de la clause « du buffet à médicaments » a été respecté pour l'ensemble des membres des Premières nations et des Inuits.

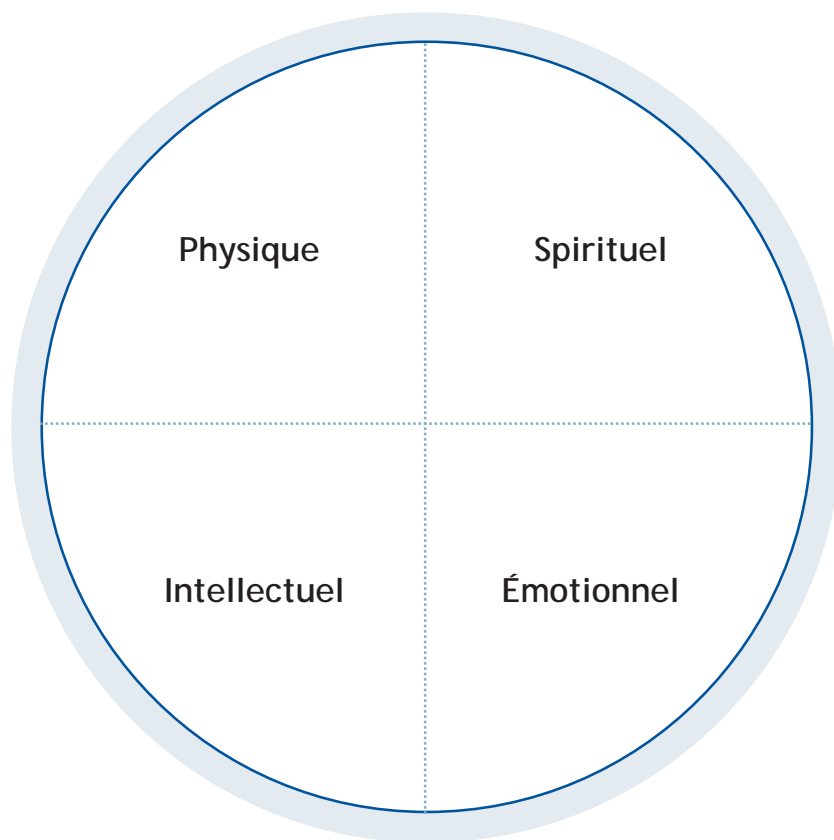
Par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, le gouvernement fédéral dispense des services de santé complets aux Premières nations et aux Inuits. La Direction générale prodigue directement des soins aux populations qui vivent dans les réserves. Par ailleurs, elle rembourse aux organismes de santé, provinciaux ou autres, les frais qu'ils engagent pour dispenser des services aux populations qui vivent à l'extérieur des réserves. Ces derniers temps, la reconquête de certaines fonctions d'autonomie gouvernementale par les Premières nations s'accompagne d'un transfert de pouvoirs. Ainsi, le versement de transferts relatifs à la santé à des conseils de Premières nations ou à

des conseils tribaux permet aux Premières nations d'administrer les ressources et leur donne le loisir de définir leurs propres besoins sanitaires et de planifier des programmes en conséquence. Ces mesures ne s'appliquent pas aux Indiens non inscrits et aux Métis, qui reçoivent des soins de la part du système de santé de leur province ou territoire.

Croyances des Autochtones en matière de santé

Le cercle d'influences (illustré à la figure 2) est le modèle de santé qu'évoquent le plus souvent la tradition orale des Autochtones de même que les auteurs qui se sont penchés sur la question. Le sol de l'Amérique du Nord est parsemé d'agencements circulaires de pierres qui ont inspiré le concept de *cercle d'influences*, lequel s'applique autant aux théories concernant la santé qu'à d'autres facettes des traditions autochtones. En raison de sa forme, le cercle d'influences n'a ni début, ni fin, et il en va ainsi de l'état de santé d'une personne. Le cercle compte quatre secteurs : l'intellectuel, l'émotionnel, le spirituel et le physique. Certains Autochtones croient qu'une santé optimale passe par le maintien d'un bon équilibre entre les quatre secteurs. Autrement dit, la personne tombe malade dès qu'un déséquilibre frappe l'un des secteurs. Par ailleurs, en raison des liens et de l'interdépendance qui existent entre les quatre secteurs, il est impossible de dissocier le corps de l'esprit, contrairement à ce qu'avancent de nombreux paradigmes qui régissent les milieux de la santé en Occident. Bon nombre de collectivités et d'organismes autochtones ont conçu des programmes précis fondés sur le modèle du cercle d'influences. Il suffit de parcourir Internet pour constater tout l'éventail des situations et des entités morbides auxquelles peut s'appliquer ce dernier.

FIGURE 2.
Le cercle d'influences




ANNEXE H : Commentaire à propos du trouble dissociatif de l'identité

Autrefois nommé « trouble de la personnalité multiple », le trouble dissociatif de l'identité est un état psychiatrique dont le bon diagnostic nécessite une formation spéciale. Le *DSM-IV-TR* énonce des critères propres à cette affection, notamment « l'existence d'au moins deux identités ou états de personnalité distincts, dotés chacun d'un modèle plus ou moins durable de perception et de conceptualisation de l'identité et du milieu ainsi que de mise en rapport avec ces éléments »^{9p.529} [traduction].

À en juger par les fruits de la recherche, le trouble dissociatif de l'identité serait presque toujours associé à des antécédents de violence grave à l'endroit d'enfants⁶⁹ et exigerait des traitements hyperspécialisés, dispensés par une équipe multidisciplinaire. Si un praticien ou une praticienne de la santé rencontre une personne ayant reçu un diagnostic de trouble dissociatif de l'identité, et si cette personne n'est pas encore traitée par une équipe de professionnels et professionnelles de la santé mentale, il serait indispensable de la recommander à un service spécialisé et de collaborer étroitement avec ce dernier.

ANNEXE I : Le débat concernant les preuves à l'appui des demandes de renseignements sur la violence interpersonnelle

Les preuves empiriques ne laissent planer aucun doute au sujet de la forte prévalence de la violence sexuelle pendant l'enfance ou des liens existant entre les événements indésirables pendant l'enfance et les ennuis de santé à l'âge adulte. Cependant, il est moins certain que les praticiens et praticiennes de la santé doivent systématiquement évaluer la violence et les sévices présents ou passés — dont le plus souvent la violence exercée par le partenaire intime (ou violence familiale) et la violence envers les enfants. Selon les constats formulés par trois études méthodiques provenant des États-Unis¹¹³, d'Angleterre¹²⁴ et du Canada¹⁷⁹, les preuves disponibles ne suffiraient pas à justifier une recommandation en vue du dépistage systématique de la violence familiale et/ou de la violence exercée par le partenaire intime. Par contre, tant l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario¹¹⁶ que le Groupe de travail sur la violence exercée par le partenaire intime de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada¹⁵² ont publié des directives cliniques qui prônent l'évaluation systématique — en tant que norme de pratique — de la violence envers les femmes et de la violence exercée par le partenaire intime. En outre, les lignes directrices et recommandations existantes pour la gestion de diverses conditions prévoient l'évaluation des antécédents de mauvais traitements^{p. ex.,4,5,6,10}.

 Section 2.5 – Effets sur la santé de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants

Ce débat est pertinent à toute discussion relative aux demandes de renseignements sur les antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance. Une personne ayant été exposée à des violences ou à de mauvais traitements pendant l'enfance court, à l'âge adulte, un risque accru de violence exercée par le partenaire intime^{p.ex.,15}.

Étant assez fréquente, la présence simultanée des deux phénomènes donne à penser qu'il n'existe pas de cloison parfaitement étanche entre eux. Autrement dit, une personne qui dévoile des antécédents de violence exercée par le partenaire intime pourrait fort bien avoir subi des violences ou de mauvais traitements pendant l'enfance.

Bon nombre de spécialistes^{dont 56,152,181} contestent les conclusions des examens méthodiques précités. Leur désaccord tient en grande partie de la différence entre les concepts de *demandes de renseignements sur la violence et de dépistage* (qui, par définition, doit répondre à des critères stricts liés à l'absence de symptômes, à la spécificité, à la sensibilité, à la valeur prédictive positive, à la valeur prédictive négative, et ainsi de suite). Les opposants du dépistage universel font remarquer « l'absence de toute preuve de qualité attestant les bienfaits du dépistage ainsi que l'absence similaire de preuves démontrant que le dépistage ne cause aucun préjudice »^{181p.163} [traduction]. Les adeptes des demandes de renseignements systématiques sur la violence avancent que de telles demandes ne s'assimilent pas au dépistage, mais consistent plutôt « à poser des questions sur la violence familiale dans le cadre d'un échange consacré aux soins de santé »^{181p.163} [traduction]. Dans sa déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada reprend cette idée comme suit :

Le fait de poser aux femmes des questions sur la violence ne constitue pas une intervention de dépistage [c'est nous qui ajoutons l'italique] : les victimes ne sont pas asymptomatiques ; la divulgation ne constitue pas un résultat d'analyse, il s'agit bien d'un acte volontaire ; de plus, la présence ou l'absence de violence est indépendante de la volonté de la victime ;

la plupart des interventions nécessaires pour la protection et le soutien des réchappées sont de nature sociétale et non médicale¹⁵².

Les trois études méthodiques ont fait porter leur examen sur les seules recherches qui répondaient aux critères établis pour le « dépistage ». Par conséquent, elles n'ont considéré qu'un pourcentage restreint des recherches existantes qui traitent de la violence exercée par le partenaire intime. Par exemple, des huit cent six sommaires ayant trait au dépistage de la violence exercée par le partenaire intime, seuls quatorze répondaient aux critères d'inclusion fixés par Nelson et ses collaborateurs¹¹³. De même, n'ont été considérés que deux des six cent soixante-sept sommaires d'essais sur le terrain portant sur la violence exercée par le partenaire intime⁵⁶. À la lumière de ces observations, le Family Violence Prevention Fund Research Committee a tiré la conclusion suivante :

En raison de cette approche exagérément étroite à l'égard de la définition des questions de recherche les plus pertinentes, un vaste

ensemble d'études sur la violence exercée par le partenaire intime a été ignoré. Les résultats les plus étroitement ciblés sont les préjudices, les décès et les handicaps. À l'inverse, la plupart des chercheurs et chercheuses dans le domaine s'attendraient à ce que les bienfaits mesurables (résultats souhaitables) englobent l'amélioration de la santé et de la sécurité des patients et patientes et de leurs enfants, l'amélioration des facteurs de protection ainsi que la diminution de la fréquence et de la gravité des sévices physiques et/ou psychologiques^{56p.2-3} [traduction].

Les auteurs du présent manuel de pratique croient que les recherches sur lesquelles se fonde leur ouvrage étayent davantage la thèse voulant que les demandes systématiques de renseignements sur les antécédents de violence ne causent aucun préjudice à la personne et favorisent l'amélioration de la santé de l'ensemble des patients et patientes — à condition d'être faites de façon sensible et éclairée.

Ouvrages cités

1. Alaggia, R. « Many ways of telling: Expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure », *Child Abuse & Neglect*, vol. 28 (2004), p. 1213-1227.
2. Allen, J.G. « Dissociative processes: Theoretical underpinnings of a working model for clinician and patient », *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 57, n° 3 (1993), p. 287-308.
3. Allers, C.T., K.J. Benjack, J. White, et J.T. Rousey. « HIV vulnerability and the adult survivor of childhood sexual abuse », *Child Abuse and Neglect*, vol. 17, n° 2 (1993), p. 291-298.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. « ACOG Practice Bulletin No. 51: Chronic pelvic pain », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 103, n° 3 (2004), p. 589-605.
5. American Gastroenterological Association. « American Gastroenterological Association medical position statement: Irritable bowel syndrome », *Gastroenterology*, vol. 123, n° 6 (2002), p. 2105-2107.
6. American Physical Therapy Association. *Guidelines for Recognizing and Providing Care for Victims of Domestic Violence*, Alexandria (Va.), American Physical Therapy Association, 2005.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e éd., Washington (DC), American Psychiatric Association, 1980.
8. American Psychiatric Association. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd., Washington (DC), American Psychiatric Association, 1994.
9. American Psychiatric Association. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd. text. rev., Washington (DC), American Psychiatric Association, 2000.
10. American Psychiatric Association. Working group on Psychiatric Evaluation. *Practice Guidelines for Psychiatric Evaluation of Adults*, 2^e éd., Washington (DC), American Psychiatric Association, 2006 (consulté le 21 janvier 2008). Sur Internet : <<http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aid=137162>>.
11. Assemblée des Premières Nations. *Description de l'APN*, 2006 (consulté le 27 avril 2006 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.afn.ca/article.asp?id=58>> en anglais et <<http://www.afn.ca/article.asp?id=94>> en français.
12. Assemblée des Premières Nations. Secteur des pensionnats indiens. *Série sur les survivants autochtones des pensionnats indiens au Canada*, automne 2004 (consulté le 27 avril 2006 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <http://www.afn.ca/residentialschools/PDF/Newsletters/Fall_2004.pdf> en anglais et <<http://www.afn.ca/residentialschools/francais/PDF/Newsletters/Automne2004.pdf>> en français.
13. Banyard, V.L., L.M. Williams, et J.A. Siegel. « Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences », *Child Maltreatment*, vol. 9, n° 3 (2004), p. 223-238.
14. Becker, J.V. « Offenders: Characteristics and treatment », *The Future of Children*, vol. 4, n° 2 (1994), p. 31, 178-197.

15. Bensley, L., J. van Eenwyk, et K.W. Simmons. « Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 25, n° 1 (2003), p. 38-44.
16. Berliner, L., et D.M. Elliot. « Sexual abuse of children », *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, publié sous la direction de J.E.B. Myers, L. Berliner, J.N. Briere, C.T. Hendrix, C.A. Jenny et T.A. Reid, Thousand Oaks (Ca.), Sage, 2002.
17. Betancourt, J.R., A.R. Green, et J.E. Carrillo. *Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches. The Commonwealth Fund Report*, 2002 (consulté le 8 avril 2007). Sur Internet : <http://www.cmwf.org/publications/publications_show.htm?doc_id=221320>.
18. Betancourt, J.R., A.R. Green, J.E. Carrillo, et O. Ananeh-Firempong. « Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care », *Public Health Reports*, vol. 118 (2003), p. 293-302.
19. Betancourt, J.R., et A.W. Maina. « The Institute of Medicine Report: "Unequal treatment": Implications for academic health centers », *The Mount Sinai Journal of Medicine*, vol. 71, n° 5 (2004, consulté le 8 avril 2007), p. 314-321. Sur Internet : <http://www.mssm.edu/msjournal/71/71_5_pages_314_321.pdf>.
20. Blanchard, G. « Male victims of child sexual abuse: A portent of things to come », *Journal of Independent Social Work*, vol. 1, n° 1 (1986), p. 19-27.
21. Blume, E.S. *Secret Survivors*, New York, Ballantine Books, 1990.
22. Bohn, D.D., et K.A. Holz. « Sequelæ of abuse: Health effects of childhood sexual abuse, domestic battering, and rape », *Journal of Nurse Midwifery*, vol. 41, n° 6 (1996), p. 442-456.
23. Bolen, R., et M. Scannapieco. « Prevalence of child sexual abuse: A corrective metanalysis », *Social Service Review*, vol. 73, n° 3 (1999), p. 281-313.
24. Bolen, R.M. *Child Sexual Abuse: Its Scope and Our Failure*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001.
25. Borelli, B.R. *Understanding the Dynamics of Ritual Abuse*, San Francisco, Alliant International University, 2006. Thèse de doctorat inédite.
26. Brière, J. *Therapy for Adults Molested as Children: Beyond Survival*, New York, Springer Publishing, 1989.
27. Brière, J. « Methodological issues in the study of sexual abuse effects », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 60, n° 2 (1992), p. 196-203.
28. Brière, J., et D.M. Elliott. « Immediate and long-term impacts of child sexual abuse », *Future of Children*, vol. 4, n° 2 (1994), p. 54-69.
29. Brière, J., et D.M. Elliott. « Prevalence and psychological sequelæ of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women », *Child Abuse and Neglect*, vol. 27, n° 10 (2003), p. 1205-1222.
30. Brière, J., D. Evans, M. Runtz, et T. Wall. « Symptomatology in men who were molested as children: A comparison study », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 58, n° 3 (1988), p. 457-461.
31. Brière, J., et M. Runtz. « Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories », *Child Abuse & Neglect*, vol. 14, n° 3 (1990), p. 357-364.

32. Browne, A.J., et C. Varcoe. « Critical cultural perspectives and health care involving Aboriginal peoples », *Contemporary Nurse*, vol. 22, n° 2 (2006), p. 155-167.
33. Burgess, S., A.M. Watkinson, A. Elliott, W. MacDermott, et M. Epstein. *I Couldn't Say Anything so My Body Tried to Speak for Me: The Cost of Providing Health Care Services to Women Survivors of Childhood Sexual Abuse*, Winnipeg (Man.), Centre d'excellence pour la santé des femmes – Région des Prairies, 2003 (consulté le 27 janvier 2008). Sur Internet : <<http://www.cewh-cesf.ca/PDF/pwhce/i-couldnt-say-anything-long.pdf>>.
34. Caldwell, B. « Sex-case teacher fired », *The Record*, 25 janvier 2005, p. A1.
35. Campinha-Bacote, J. « A model and instrument for addressing cultural competence in health care », *Journal of Nursing Education*, vol. 38, n° 5 (1999), p. 203-207.
36. Campinha-Bacote, J. « Many faces: Addressing diversity in health care », *Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 8, n° 1 (2003, consulté le 5 juin 2006). Sur Internet : <http://nursingworld.org/ojin/topic20/tpc20_2.htm>.
37. Canada. *Articles d'un traité*, 1876 (consulté le 22 janvier 2008 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/trts/trty6/trty6a_e.html> en anglais et <http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/trts/trty6/trty6a_f.html> en français.
38. Canada. *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, chapitre 5, L.C. (de) 2000 (consulté le 22 janvier 2008 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://laws.justice.gc.ca/en/ShowFullDoc/cs/P-8.6///en>> en anglais et <<http://laws.justice.gc.ca/fr/showdoc/cs/P-8.6///fr?page=1>> en français.
39. Chen, J., M.P. Dunne, et P. Han. « Child sexual abuse in Henan province, China: Associations with sadness, suicidality and risk behaviors among adolescent girls », *Journal of Adolescent Health*, vol. 38 (2006), p. 544-549.
40. Christine. « A burden to share: A personal account of the effects of childhood sexual abuse on birth », *The Birthkit*, vol. 1, n° 2 (1994, consulté le 21 janvier 2008). Sur Internet : <<http://www.gentlebirth.org/archives/burden.html>>.
41. Clarke, S., et C. Pearson. « Personal constructs of male survivors of childhood sexual abuse receiving cognitive analytic therapy », *British Journal of Medical Psychology*, vol. 73 (2000), p. 169-177.
42. *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*, publié sous la direction de C.R. Figley, New York, Brunner/Mazel, 1995.
43. *Confronting Chronic Neglect: The Education and Training of Health Professionals on Family Violence*, publié sous la direction de F. Cohn, M.E. Salmon et J.D. Stobo, Washington (DC), National Academy Press, 2002.
44. Conte, J.R., et J.R. Schuerman. « Factors associated with an increased impact of child sexual abuse », *Child Abuse & Neglect*, vol. 11, n° 2 (1987), p. 201-211.
45. Coulehan, J.L., et M.RE. Block. *The Medical Interview: A Primer for Students of the Art*, 2^e éd., Philadelphie (Pa.), F.A. Davis, 1992.
46. Courtois, C. *Healing the Incest Wound: Adult Survivors in Therapy*, New York, Norton, 1988.
47. Denov, M. « Myth of innocence: Sexual scripts and the recognition of child sexual abuse by female perpetrators », *Journal of Sex Research*, vol. 40, n° 3 (2003), p. 303-314.

48. Denov, M.S. « The long-term effects of child sexual abuse by female perpetrators: A qualitative study of male and female victims », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 19, n° 10 (2004), p. 1137-1156.
49. Dickason, O.P. *And the People Came – Canada's First Nations: A History of Founding Peoples from Earliest Times*, 3^e éd., Don Mills (Ont.), Oxford University Press, 2002.
50. Dole, P. *Pap Smears for Survivors of Sexual Abuse*, 2001 ? (consulté le 6 juillet 2007). Sur Internet : <http://www.tpan.com/publications/positively_aware/may_june_01/papsmears.html>.
51. Dorais, M. *Don't Tell: The Sexual Abuse of Boys*, Montréal (Qué.), McGill-Queen's University Press, 2002.
52. Drossman, D.A., J. Leserman, G. Nachman, Z.M. Li, H. Gluck, T.C. Toomey, et C.M. Mitchell. « Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders », *Annals of Internal Medicine*, vol. 13, n° 11 (1990), p. 828-833.
53. Dube S.R., R.F. Anda, C.L. Whitfield, D.W. Brown, V.J. Felitti, M. Dong, et coll. « Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, n° 5 (2005), p. 430-438.
54. Ellis, J.M. « Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in their Emergency Department », *Critical Care Nursing Quarterly*, vol. 22, n° 1 (1999), p. 27-41.
55. Engel, B. *Families in Recovery: Healing the Damage of Childhood Sexual Abuse*, 2^e éd., Lincolnwood (Ill.), Lowell House, 1999.
56. Family Violence Prevention Fund. Research Committee. *Review of the US Preventive Services Task Force Draft Recommendation and Rationale Statement on Screening for Family Violence*, 2003 (consulté le 27 janvier 2008). Sur Internet : <<http://www.endabuse.org/programs/healthcare/files/FullResponse.pdf>>.
57. Felitti, V.J. « Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation », *Southern Medical Journal*, vol. 84, n° 3 (1991), p. 328-331.
58. Felitti, V.J., R.F. Anda, D. Nordenberg, D.F. Williamson, A.M. Spitz, et coll. « Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, n° 4 (1998), p. 245-258.
59. Fergusson, D.M., et P.E. Mullen. *Childhood Sexual Abuse: An Evidence Based Perspective*, Thousand Oaks (Ca.), Sage, 1999.
60. Finkelhor, D. « Early and long-term effects of childhood sexual abuse: An update », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 21 (1990), p. 325-330.
61. Finkelhor, D. « Current information on the scope and nature of child sexual abuse », *The Future of Children*, vol. 4, n° 2 (1994), p. 31-53.
62. Finkelhor, D. « The international epidemiology of child sexual abuse », *Child Abuse & Neglect*, vol. 18, n° 5 (1994), p. 409-417.
63. Finkelhor, D., et A. Browne. « The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 55, n° 4 (1985), p. 530-541.
64. Finkelhor, D., et J. Dziuba-Leatherman. « Children as victims of violence: A national survey », *Pediatrics*, vol. 94, n° 4, Part 1 (1994), p. 413-420.

65. Fondation autochtone de guérison. *Que sont les enfants devenus ? Guérir l'héritage des écoles résidentielles : conséquences intergénérationnelles*, 1999 (consulté le 27 avril 2006 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.wherearethekids.ca/en/impacts.html>> en anglais et <<http://www.lesenfantsdevenus.ca/fr/impacts.html>> en français.
66. Fondation autochtone de guérison. *Rapport annuel 1999*, 1999 (consulté le 26 avril 2006 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <http://www.ahf.ca/newsite/english/pdf/annual_report_1999.pdf> en anglais et <http://www.fadg.ca/pages/download/34_8> en français.
67. Glaser, B., et A. Strauss. *The Discovery of Grounded Theory*, Chicago, Aldine, 1967.
68. Glasser, M., I. Kolvin, D. Campbell, A. Glasser, I. Leitch, et S. Farrelly. « Cycle of child sexual abuse: Links between being a victim and becoming a perpetrator », *British Journal of Psychiatry*, vol. 179 (2001), p. 482-494.
69. Golding, J.M. « Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples », *Research in Nursing and Health*, vol. 19 (1996), p. 33-44.
70. Gorey, K., et D. Leslie. « The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement bias », *Child Abuse & Neglect*, vol. 21 (1997), p. 391-398.
71. Graham, J.E., L.M. Christian, et J.K. Kiecolt-Glaser. « Stress, age, and immune function: Toward a lifespan approach », *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 29, n° 4 (2006), p. 389-400.
72. Grant, A. *Finding My Talk: How Fourteen Canadian Native Women Reclaimed Their Lives After Residential School*, Calgary, Fifth House, 2004.
73. Grayston, A.D., et R.V. De Luca. « Female perpetrators of child sexual abuse: A review of the clinical and empirical literature », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 4, n° 1 (1999), p. 93-106.
74. Gustafson, D.L. « Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective », *Advances in Nursing Science*, vol. 28, n° 1 (2005), p. 2-16.
75. Gustafson, D.L. « White on whiteness: Becoming radicalized about race », *Nursing Inquiry*, vol. 14, n° 2 (2007), p. 153-161.
76. Hall, J.M., et L.L. Kondora. « Beyond "true" and "false" memories: Remembering and recovery in the survival of childhood sexual abuse », *Advances in Nursing Science*, vol. 19, n° 4 (1997), p. 37-54.
77. *Handbook of Action Research*, publié sous la direction de P. Reason et H. Branbury, Londres (R.-U.), Sage, 2001.
78. Hartman, C.R., et A.W. Burgess. « Information processing of trauma », *Child Abuse & Neglect*, vol. 17, n° 1 (1993), p. 47-58.
79. Heffernan, K., et M. Cloitre. « A comparison of Posttraumatic Stress Disorder with and without Borderline Personality Disorder among women with a history of childhood sexual abuse », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 188, n° 9 (2000), p. 589-595.
80. Heinzer, M., et J. Krimm. « Barriers to screening for domestic violence in an emergency department », *The Science of Health and Nursing*, vol. 16, n° 3 (2002), p. 24-33.
81. Herman, J. *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books, 1992.
82. Herman, J.L., J.C. Perry, et B.A. van der Kolk. « Childhood trauma in Borderline Personality Disorder », *American Journal of Psychiatry*, vol. 146, n° 4 (1989), p. 490-495.

83. Hibbard, R.A., L.W. Desch, American Academy of Committee on Child Abuse and Neglect, et American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. « Maltreatment of children with disabilities (Clinical report) », *Pediatrics*, vol. 119, n° 5 (2007), p. 1018-1025.
84. Hobbins, D. « Survivors of childhood sexual abuse: Implications for perinatal nursing care », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 33, n° 4 (2004), p. 485-497.
85. Holmes, G.R., L. Offen, et G. Waller. « See no evil, hear no evil, speak no evil: Why do relatively few male victims of childhood sexual abuse receive help for abuse-related issues in adulthood? », *Clinical Psychology Review*, vol. 17, n° 1 (1997), p. 69-88.
86. Holmes, W.C., et G.B. Slap. « Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelæ, and management », *JAMA*, vol. 280, n° 21 (1998), p. 1855-1862.
87. Hulme, P. « Symptomatology and health care utilization of women primary care patients who experienced childhood sexual abuse », *Child Abuse & Neglect*, vol. 24, n° 11 (2000), p. 1471-1484.
88. Ilnyckyj, A., et C.N. Bernstein. « Sexual abuse in irritable bowel syndrome: To ask or not to ask – that is the question », *Journal canadien de gastroentérologie*, vol. 16, n° 11 (2002), p. 801-805.
89. International Society for the Study of Trauma and Dissociation. *Frequently Asked Questions: Trauma*, 2007 (consulté le 27 avril 2007). Sur Internet : <<http://www.isst-d.org/education/faq-trauma.htm>>.
90. Inuit Tapiriit Kanatami. *Our 5000 Year Heritage*, s.d. (consulté le 27 avril 2006). Sur Internet : <<http://www.itk.ca/5000-year-heritage/index.php>>.
91. Johnson, R.J., M.W. Ross, W.C. Taylor, M.L. Williams, R.I. Carvajal, et R.J. Peters. « Prevalence of childhood sexual abuse among incarcerated males in county jail », *Child Abuse & Neglect*, vol. 30 (2006), p. 75-86.
92. Kendall-Tackett, K. « The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health », *Child Abuse & Neglect*, vol. 26 (2002), p. 715-729.
93. Kendall-Tackett, K.A. « Breastfeeding and the sexual abuse survivor », *Journal of Human Lactation*, vol. 14, n° 2 (1998), p. 125-130.
94. Kendall-Tackett, K.A. « Epilogue: Where do we go from here? », *Health Consequences of Abuse in the Family: A Clinical Guide for Evidence-Based Practice*, publié sous la direction de K.A. Kendall-Tackett, Washington (DC), American Psychological Association, 2004, p. 247-251.
95. Kop, W.J. « The integration of cardiovascular behavioral medicine and psychoneuroimmunology: New developments based on converging research fields », *Brain, Behavior, & Immunity*, vol. 17, n° 4 (2003), p. 233-237.
96. Lab, D.D., J.D. Feigenbaum, et P. De Silva. « Mental health professionals' attitudes and practices towards male childhood sexual abuse », *Child Abuse & Neglect*, vol. 24, n° 3 (2000), p. 391-409.
97. Laishes, J. *Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquants*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada, 2002 (consulté le 23 janvier 2008 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/fsw/mhealth/toc-eng.shtml>> en anglais et <<http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/fsw/mhealth/toc-fra.shtml>> en français.
98. Lator, K. « Child sexual abuse in sub-Saharan Africa: A literature review », *Child Abuse & Neglect*, vol. 28 (2004), p. 439-460.
99. Lambie, I., F. Seymour, A. Lee, et P. Adams. « Resiliency in the victim-offender cycle in male sexual abuse », *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, vol. 14, n° 1 (2002), p. 31-48.

100. Laporte, L., et H. Guttman. « Traumatic childhood experiences as risk factors for Borderline and other personality disorders », *Journal of Personality Disorders*, vol. 10, n° 3 (1996), p. 247-259.
101. Leonard, B.E., et C. Song. « Changes in the immune-endocrine interrelationships in anxiety and depression », *Stress Medicine*, vol. 13, n° 4 (1997), p. 217-227.
102. Lesserman, J., Z. Li, D.A. Drossman, et Y.J.B. Hu. « Selected symptoms associated with sexual and physical abuse history among female patients with gastrointestinal disorders: The impact on subsequent health care visits », *Psychological Medicine*, vol. 28 (1998), p. 417-425.
103. Loo, S.K., N.M. Bala, M.E. Clarke, et J.P. Hornick. *La violence envers les enfants : signalement et classification des cas dans les établissements de soins de santé*, Ottawa (Ont.), Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1999.
104. Lutgendorf, S.K., et E.S. Costanzo. « Psychoneuroimmunology and health psychology: An integrative model », *Brain, Behavior, and Immunity*, vol. 17, n° 4 (2003), p. 225-232.
105. Mathews, F. *Le garçon invisible – Nouveau regard sur la victimologie au masculin : enfants et adolescents*, Ottawa (Ont.), Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1996 (consulté le 14 juin 2006 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/pdfs/invisib.pdf>> en anglais et <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/nfntsx-invisible_f.pdf> en français.
106. Miller, D. *Women Who Hurt Themselves: A Book of Hope and Understanding*, New York, Basic Books, 1994.
107. Molnar, B.E., S.L. Buka, et R.C. Kessler. « Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 5 (2001), p. 753-760.
108. Monahan, K., et C. Forgash. « Enhancing the health care experiences of adult female survivors of childhood sexual abuse », *Women & Health*, vol. 30, n° 4 (2000), p. 27-41.
109. Moore, M., D. Zaccaro, et L. Parsons. « Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/domestic violence », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 27, n° 2 (1998), p. 175-181.
110. Mulder, R.T., A.L. Beautrais, P.R. Joyce, et D.M. Fergusson. « Relationship between dissociation, child sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample », *American Journal of Psychiatry*, vol. 155, n° 6 (1998), p. 806-811.
111. Nathan, P., et T. Ward. « Females who sexually abuse children: Assessment and treatment issues », *Psychiatry, Psychology and Law*, vol. 8, n° 1 (2001), p. 44-55.
112. National Center for Victims of Crime. *Child Sexual Abuse*, 1997 (consulté le 27 janvier 2008). Sur Internet : <<http://www.ncvc.org/ncvc/main.aspx?dbName=DocumentViewer&DocumentID=32315>>.
113. Nelson, H.D., P. Nygren, Y. McInerney, et J. Klein. « Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force », *Annals of Internal Medicine*, vol. 140, n° 5 (2004), p. 387-396.
114. Newman, M.G., L. Clayton, A. Zuellig, L. Cashman, B. Arnow, R. Dea, et C.B. Taylor. « The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization », *Psychological Medicine*, vol. 30 (2000), p. 1063-1077.

115. O'Leary, P. « Working with males who have experienced childhood sexual abuse », *Working with Men in the Human Services*, publié sous la direction de B. Pease et P. Camilleri, Crows Nest (Nouvelle-Galles du Sud), Allyn & Unwin, 2001, p. 80-92.
116. Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. *Best Practice Guidelines – Woman Abuse: Screening, Identification and Initial Response*, Toronto (Ont.), 2005.
117. Organisation nationale de la santé autochtone, et Native Law Centre. *Discussion Papers Series in Aboriginal Health – Legal Issues: Treaty No. 6 “Medicine Chest” Clause*, s.d. (consulté le 27 avril 2006). Sur Internet : <<http://www.usask.ca/nativelaw/medicine.html>>.
118. Parsons, L.H., D. Zaccaro, B. Wells, et T.G. Stovall. « Methods and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 173, n° 2 (1995), p. 381-386.
119. Putnam, F. « Dissociation as a response to extreme trauma », *Childhood Antecedents of Multiple Personality*, publié sous la direction de R. Kluft, Washington (DC), American Psychiatric Press, 1995, p. 66-97.
120. Putnam, F.W. « Pierre Janet and modern views of dissociation », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 2, n° 4 (1989), p. 413-429.
121. Putnam, F.W. « Ten-year research update review: Child sexual abuse », *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 42, n° 3 (2003), p. 269-278.
122. Québec. Office de la langue française. *Le Grand dictionnaire terminologique*, s.d. (consulté le 13 juin 2008). Sur Internet : <http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp>.
123. Ralliement national des Métis. *Who Are the Metis?*, s.d. (consulté le 27 avril 2006). Sur Internet : <<http://www.metisnation.ca/>>.
124. Ramsay, J., J. Richardson, Y.H. Carter, L.L. Davidson, et G. Feder. « Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review », *British Medical Journal*, vol. 325, n° 7359 (2002), p. 314-326.
125. Ramsden, I. « Kawa whakaruruhau: Cultural safety in nursing education in Aotearoa, New Zealand », *Nursing Praxis in New Zealand*, vol. 8, n° 3 (1993), p. 4-10.
126. Ramsden, I. « Cultural safety/Kawa whakaruruhau ten years on: A personal overview », *Nursing Praxis in New Zealand*, vol. 15, n° 1 (2000), p. 4-12.
127. Regehr, C., et K. Kanani. *Essential Law for Social Work Practice in Canada*, Don Mills (Ont.), Oxford University Press, 2006.
128. Reiter, R.C., et J.C. Gambone. « Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 75, n° 3 (1990), p. 428-432.
129. Rhodes, N., et S. Hutchinson. « Labor experiences of childhood sexual abuse survivors », *Birth*, vol. 21, n° 4 (1994), p. 213-220.
130. Robinson, D., et J. Taylor. « Détenus victimes ou témoins de violence familiale pendant leur enfance » et « Autres corrélats de la violence familiale », *La violence familiale chez les délinquants sous responsabilité fédérale : étude fondée sur l'examen des dossiers*, Service correctionnel du Canada, Ottawa (Ont.), mars 1995 (consulté le 9 juillet 2007 en anglais et le 13 juin 2008 en français), no FV-103. Sur Internet : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/fv/fv03/fv03e07_e.shtml#1> en anglais et <<http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/fv/fv03/fv03e07-fra.shtml#1>> en français.

131. Robohm, J.S., B.W. Litzenger, et L.A. Pearlman. « Sexual abuse in lesbian and bisexual young women: Associations with emotional/behavioural difficulties, feelings about sexuality, and the “coming out” process », *Journal of Lesbian Studies*, vol. 7, n° 4 (2003), p. 31-47.
132. Romano, E., et R.V. De Luca. « Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 6, n° 1 (2001), p. 55-78.
133. Rose, A. « Effects of childhood sexual abuse on childbirth: One woman’s story », *Birth*, vol. 19, n° 4 (1992), p. 214-218.
134. Rosen, L.N., et L. Martin. « Impact of childhood abuse history on psychological symptoms among male and female soldiers in the U.S. Army », *Child Abuse & Neglect*, vol. 20, n° 12 (1996), p. 1149-1160.
135. Rothstein, J.M. « The sensitive practitioner », *Physical Therapy*, vol. 79, n° 3 (1999), p. 246-247.
136. Salter, D., D. McMillan, M. Richards, T. Talbot, J. Hodges, A. Bentovim, et coll. « Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: A longitudinal study », *Lancet*, vol. 361, n° 9356 (2003), p. 471-476.
137. Santé Canada, Division de la Santé et l’Inforoute. *Cadre pancanadien de protection de la confidentialité des renseignements personnels sur la santé*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 27 janvier 2005 (consulté le 27 janvier 2008 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/ehealth-esante/2005-pancanad-priv/index_e.html> en anglais et <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/ehealth-esante/2005-pancanad-priv/index-fra.php>> en français.
138. Sapsford, L. « Strengthening voices: A soulful approach to working with adolescent girls », *Women & Therapy*, vol. 20, n° 2 (1997), p. 75-87.
139. Saradjian, J. *Women Who Sexually Abuse Children: From Research to Clinical Practice*, Chichester (R.-U.), John Wiley & Sons, 1996.
140. Sarson, J., et L. MacDonald. « Ritual abuse/torture », *Gazette de la Gendarmerie royale du Canada*, vol. 67, n° 1 (2005, consulté le 27 janvier 2008). Sur Internet : <<http://www.ritualabusetorture.org/gazette.pdf>>.
141. Scarinci, I.C., J. McDonald-Haile, L.A. Bradley, et J.E. Richter. « Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse: A preliminary model », *American Journal of Medicine*, vol. 97, n° 2 (1994), p. 108-118.
142. Schachter, C.L., N. Radomsky, C.A. Stalker, et E. Teram. « Women survivors of child sexual abuse: How can health professionals promote healing? », *Le médecin de famille canadien*, vol. 50 (2004), p. 405-412.
143. Schachter, C.L., C.A. Stalker, et E. Teram. « Toward sensitive practice: Issues for physical therapists working with survivors of childhood sexual abuse », *Physical Therapy*, vol. 79, n° 3 (1999), p. 248-261.
144. Schachter, C.L., E. Teram, et C.A. Stalker. « Integrating grounded theory and action research to develop sensitive practice with survivors of childhood sexual abuse », *Qualitative Research in Evidence-Based Rehabilitation*, publié sous la direction de K.W. Hammell et C. Carpenter, Edinburgh (R.-U.), Harcourt, 2004, p. 77-88.
145. Schofferman, J., D. Anderson, R. Hines, G. Smith, et G. Keane. « Childhood psychological trauma and chronic refractory low-back pain », *Clinical Journal of Pain*, vol. 9, n° 4 (1993), p. 260-265.
146. Sebold, J. « Indicators of child sexual abuse in males », *Social Casework*, vol. 68, n° 2 (1987), p. 75-80.

147. Seng, J.S., K.J.H. Sparbel, L.K. Low, et C. Killion. « Abuse-related posttraumatic stress and desired maternity care practices: Women's perspectives », *Journal of Midwifery and Women's Health*, vol. 47 (2002), p. 360-370.
148. « Sex case teacher goes free », *MX*, 14 novembre 2004, p. 1.
149. Sickel, A.E., J.G. Noll, P.J. Moore, F. Putnam, et P.K. Trickett. « The long-term physical health and healthcare utilization of women who were sexually abused as children », *Journal of Health Psychology*, vol. 7 (2002), p. 583-597.
150. Simkin, P., et P. Klaus. *When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on the Childbearing Women*, Seattle (Wa.), Woman Classic Day Publishing, 2004.
151. Singer, M.I., J. Bussey, L. Song, et L. Lunghofer. « The psychosocial issues of women serving time in jail », *Social Work*, vol. 40, n° 1 (1995), p. 103-113.
152. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Groupe de travail sur la violence exercée par le partenaire intime. « Clinical practice guidelines: Intimate partner violence consensus statement », *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 157 (2005), p. 365-388.
153. Spataro, J., P.E. Mullen, P.M. Burgess, D.L. Wells, et S.A. Moss. « Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females », *British Journal of Psychiatry*, vol. 184 (2004), p. 416-421.
154. Spiegel, D. « Trauma, dissociation and hypnosis », *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*, publié sous la direction de R.P. Kluft, Washington (DC), American Psychiatric Press, 1990, p. 247-261.
155. Springs, F.E., et W.N. Friedrich. « Health risk behaviors and medical sequelæ of childhood sexual abuse », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 67, n° 6 (1992), p. 527-532.
156. Stalker, C.A., B.D. Carruthers-Russell, E. Teram, et C.L. Schachter. « Providing dental care to survivors of childhood sexual abuse: Treatment considerations for the practitioner », *Journal of the American Dental Association*, vol. 136 (2005), p. 1277-1281.
157. Stalker, C.A., C.L. Schachter, et E. Teram. « Facilitating effective relationships between survivors of childhood sexual abuse and health professionals: Lessons from survivors who have received physical therapy », *Affilia: Journal of Women and Social Work*, vol. 14 (1999), p. 176-198.
158. Stalker, C.A., C.L. Schachter, E. Teram, et G. Lasiuk. « Client-centred care: Integrating the perspectives of childhood sexual abuse survivors and clinicians », *Integrating Trauma Practice into Primary Care*, publié sous la direction de V. Banyard, V. Edwards et K. Kendall-Tackett, New York, Haworth Press. À paraître.
159. Statistique Canada. *Recensement de 2001, Série « Analyses » – Peuples autochtones du Canada : Inuits*, 2006 (consulté le 27 avril 2006 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www12.statcan.ca/english/census01/Products/Analytic/companion/abor/groups3.cfm>> en anglais et <http://www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Analytic/companion/abor/groups3_f.cfm> en français.
160. Steel, J., L. Sanna, B. Hammond, J. Whipple, et H. Cross. « Psychological sequelæ of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style », *Child Abuse & Neglect*, vol. 28, n° 7 (2004), p. 785-801.
161. Stevens, J., S. Zierler, D. Dean, A. Goodman, et B. Chalfen. « Prevalence of prior sexual abuse and HIV risk-taking behaviors in incarcerated women in Massachusetts », *Journal of Correctional Health Care*, vol. 2, n° 2 (1995), p. 137-149.

162. Stewart, M., J. Belle Brown, W.W. Weston, I.R. McWhinney, C.L. McWilliams, et T.R. Freeman. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*, Londres (R.-U.), Radcliffe Medical Press, 2003.
163. Teram, E., C.L. Schachter, et C.A. Stalker. « Opening the doors to disclosure: Childhood sexual abuse survivors reflect on telling physical therapists about their trauma », *Physiotherapy*, vol. 85, n° 2 (1999), p. 88-97.
164. Teram, E., C.L. Schachter, et C.A. Stalker. « The case for integrating grounded theory and participatory action research: Empowering clients to inform professional practice », *Qualitative Health Research*, vol. 15 (2005), p. 1129-1140.
165. Teram, E., C.L. Schachter, C.A. Stalker, et A. Hovey. (2005). *Childhood Sexual Abuse Survivors' Perceptions of Their Interactions With Health Professionals: Analysis of Gender Related Differences*. Onzième conférence sur la recherche qualitative en matière de santé, tenue à l'Université d'Utrecht dans la ville du même nom (Pays-Bas).
166. Teram, E., C.L. Schachter, C.A. Stalker, A. Hovey, et G. Lasiuk. « Towards malecentric communication: Sensitizing health professionals to the realities of male childhood sexual abuse survivors », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 27 (2006), p. 499-517.
167. *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress*, publié sous la direction de P.P. Schnurr et B.L. Green, Washington (DC), American Psychological Association, 2004.
168. Trocmé, N., B. Fallon, B. MacLaurin, J. Daciuk, C. Felstiner, et coll. *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003 : données principales*, 2003 (consulté le 16 janvier 2008 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <http://www.mcgill.ca/files/crcf/2005-CIS_2003_Major_Findings.pdf> en anglais et <http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/cssca-ecve/pdf/childabuse_final_f.pdf> en français.
169. Tudiver, S., L. McClure, T. Heinonen, C. Scurfield, et C. Krewlewetz. *Women Survivors of Childhood Sexual Abuse: Knowledge and Preparation of Health Care Providers to Meet Client Needs*, 2000 (consulté le 20 décembre 2003). Sur Internet : <<http://www.pwhce.ca/womenSurvivors.htm>>. Rapport final produit à l'intention du Centre d'excellence pour la santé des femmes – Région des Prairies.
170. van der Kolk, B.A. « The psychology and psychobiology of developmental trauma », *Human Behaviour: An Introduction for Medical Students*, publié sous la direction de A. Stoudemire, Philadelphie (Pa.), Lippincott-Raven, 1998, p. 383-399.
171. van der Kolk, B.A., et C.A. Courtois. « Editorial comments: Complex developmental trauma », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 18, n° 5 (2005), p. 385-388.
172. van der Kolk, B.A., et A.C. McFarlane. « The black hole of trauma », *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experiences on Mind, Body, and Society*, publié sous la direction de B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane et L. Weisaith, New York, The Guilford Press, 1996, p. 3-23.
173. van der Kolk, B.A., D. Pelcovitz, S. Roth, F.S. Mandel, M.D. McFarlane, et J.L. Herman. « Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma », *American Journal of Psychiatry*, vol. 153, n° 7 Suppl. (1996), p. 83-91.
174. van der Kolk, B.A., S. Roth, D. Pelcovitz, S. Sunday, et J. Spinazzola. « Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 18, n° 5 (2005), p. 389-399.

175. Waldram, J.B., D.A. Herring, et T. Kue Young. *Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural and Epidemiological Perspectives*, Toronto (Ont.), University of Toronto Press, 1995.
176. Walker, E.A., A.N. Gelfand, W.J. Katon, M.P. Koss, M. Von Kortoff, et coll. « Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect », *American Journal of Medicine*, vol. 107, n° 4 (1999), p. 332-339.
177. Walker, E.A., P.M. Milgrom, P. Weinsetin, T. Getz, et R. Richardon. « Assessing abuse and neglect and dental fear in women », *Journal of the American Dental Association*, vol. 127 (1996), p. 485-490.
178. Walker, E.A., E. Newman, et M.P. Koss. « Costs and health care utilization associated with traumatic experiences », *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress*, publié sous la direction de P.P. Schnurr et B.L. Green, Washington (DC), American Psychological Association, 2004.
179. Wathen, C.N., et H.L. MacMillan. « Prevention of violence against women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 169, n° 6 (2003), p. 582-584.
180. Waymire, V. « A triggering time: Childbirth may recall sexual abuse memories », *AWHONN Lifelines*, vol. 1, n° 2 (1997), p. 47-50.
181. Webster, J. « Screening for domestic violence: The “evidence” dilemma », *Contemporary Nurse*, vol. 21, n° 2 (2006), p. 163-164.
182. Westerlund, E. *Women's Sexuality After Childhood Incest*, New York, W.W. Norton, 1992.
183. Whealin, J. *Child Sexual Abuse: A National Center for PTSD Fact Sheet*, 2003 (consulté le 27 janvier 2008). Sur Internet : <http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/fact_shts/fs_child_sexual_abuse.html>.
184. Widom, C.S., et S. Morris. « Accuracy of adult recollections of childhood victimization, Part 2: Childhood sexual abuse », *Psychological Assessment*, vol. 9, n° 1 (1997), p. 34-46.
185. Willumsen, T. « Dental fear in sexually abused women », *European Journal of Oral Science*, vol. 109 (2001), p. 291-296.

Ressources et ouvrages recommandés

Ouvrages sur la violence sexuelle à l'endroit d'enfants et sur les traumatismes connexes

- Dorais, M. *Don't Tell: The Sexual Abuse of Boys*, Montréal (Qué.), McGill-Queen's University Press, 2002.
- Everett, B., et R. Gallop. *The Link Between Childhood Trauma and Mental Illness: Effective Interventions for Mental Health Professionals*, Thousand Oaks (Ca.), Sage Publications, 2001.
- Herman, J. *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books, 1992.
- Hulme, P.A. « Theoretical perspectives on the health problems of adults who experienced childhood sexual abuse », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 25 (2004), p. 339-361.
- Lew, M. *Victims No Longer: The Classic Guide for Men Recovering From Sexual Child Abuse*, New York, Harper Collins Publishers, 2004.
- Rosenbloom, D., et M.B. Williams. *Life After Trauma: A Workbook for Healing*, New York, Guilford, 1999.

- Rothschild, B. *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*, New York, Norton, 2000.
- Saakvitne, K.W., S. Gamble, L.A. Pearlman, et B. Tabor Lev. *Risking Connection: A Training Curriculum for Working With Survivors of Childhood Abuse*, Lutherville (Md.), The Sidran Press, 2000.
- van der Kolk, B.A. « *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*, » publié sous la direction de B.A. van der Kolk, A. McFarlane et L. Weisaeth, New York, Guilford Press, 1996.
- van der Kolk, B.A. « The psychology and psychobiology of developmental trauma », *Human Behaviour: An Introduction for Medical Students*, publié sous la direction de A. Stoudemire, Philadelphie (Pa.), Lippincott-Raven, 1998, p. 383-399.
- van der Kolk, B.A. « The neurobiology of childhood trauma and abuse », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, vol. 12 (2003), p. 293-317.

Ouvrages sur la douleur

- Gatchel, R.J., Y.B. Peng, M.L. Peters, P.N. Fuchs, et D.C. Turk. « The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions », *Psychological Bulletin*, vol. 133 (2007), p. 581-624.
- Mailis-Gagnon, A., et D. Israelson. *Beyond Pain: Making the Mind-Body Connection*, Ann Arbor (Mi.), University of Michigan Press, 2003.
- Radomsky, N. *Lost Voices: Women, Chronic Pain and Abuse*, New York, Haworth Press, 1995.

Sites Web consacrés à la violence sexuelle à l'endroit d'enfants et aux traumatismes connexes

- Association canadienne des centres contre les agressions à caractère sexuel : <<http://www.casac.ca/french/home.htm>>. Cet organisme pancanadien réunit les centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle d'un océan à l'autre. En plus de proposer des liens pertinents, son site Web communique les coordonnées des centres d'aide de tout le pays.
- British Columbia Society for Male Survivors of Sexual Abuse – Vancouver (Colombie-Britannique) : <http://www.bc-malesurvivors.com/html/mission_purpose.htm>.
- Centre national d'information sur la violence dans la famille : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/nc-cn>>. Cet organisme dispose de nombreuses ressources qui sont disponibles gratuitement. Téléphone : (613) 957-2938 ou 1-800-267-1291 (ligne sans frais) ; télécopieur : (613) 941-8930.
- Le Projet pour hommes – Ottawa et Cornwall (Ontario) : <<http://www.themensproject.ca/>>.
- Men's Resource Centre – Winnipeg (Manitoba) : <<http://www.elizabethhill.ca/mrc.html>>.
- Tamara's House : <<http://www.tamarashouse.sk.ca/>>. Ce centre de traitement à demeure pour femmes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance est situé à Saskatoon (Saskatchewan).

Ouvrages sur la violence rituelle

- Clay, C. *More Than a Survivor: Memories of Satanic Ritual Abuse and the Paths Which Lead to Healing*, Saskatoon (Sask.), C. Clay, 1996.

Oksana, C. *Safe Passage to Healing: A Guide for Survivors of Ritual Abuse*, New York, Harper Perennial, 1994.

Smith, M. *Ritual Abuse: What It Is, Why It Happens, How to Help*, New York, Harper Collins, 1993.

Ouvrages sur la violence sexuelle dans le monde du sport

Brackenridge, C.H. « Fair play or fair game: Child sexual abuse in sport organisations », *International Review for the Sociology of Sport*, vol. 29, n° 3 (1994), p. 287-299.

Brackenridge, C.H. « “He owned me basically”: Women’s experience of sexual abuse in sport », *International Review for the Sociology of Sport*, vol. 32, n° 2 (1997), p. 115-130.

Brackenridge, C.H. « Harassment, sexual abuse, and safety of the female athlete », *Clinics in Sports Medicine*, vol. 19, n° 2 (2000), p. 187-198.

Brackenridge, C.H., et S. Kirby. « Playing safe? Assessing the risk of sexual abuse to young elite athletes », *International Review for the Sociology of Sport*, vol. 32, n° 4 (1997), p. 407-418.

Kirby, S., L. Greaves, et O. Hankivsky. *The Dome of Silence: Sexual Harassment and Abuse in Sport*, Halifax (N.-É.), Fernwood Publishing, 2000.

Kirby, S., et G. Wintrup. « Running the gauntlet in sport: An examination of initiation/hazing and sexual abuse », *Journal of Sexual Aggression, Special Issue on Sexual Harassment and Abuse in Sport*, vol. 8 (2002).

Ouvrages sur la perspective culturelle critique

Gustafson, D.L. « Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective », *Advances in Nursing Science*, vol. 28, n° 1 (2005), p. 2-16.

Gustafson, D.L. « White on whiteness: Becoming radicalized about race », *Nursing Inquiry*, vol. 14, n° 2 (2007), p. 153-161.

Gustafson, D.L. « Beyond sensitivity and tolerance: Theoretical approaches to caring for newcomer women with mental health problems », *Working with Women and Girls in the Context of Migration and Settlement*, publié sous la direction de S. Guruge et E. Collins, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale. À paraître.

Racine, L. « Implementing a postcolonial feminist perspective in nursing research related to non-Western populations », *Nursing Inquiry*, vol. 10, n° 2 (2003), p. 91-102.

Reitmanova, S., et D.L. Gustafson. « “They can’t understand it”: Maternity health care needs of immigrant Muslim women in St. John’s, Canada », *Maternal and Child Health Journal*. À paraître.

Swendson, C., et C. Windsor. « Rethinking cultural sensitivity », *Nursing Inquiry*, vol. 3, n° 1 (1996), p. 3-10.

Ouvrages sur les Autochtones

Adams, H. *A Tortured People: The Politics of Colonization*, Penticton (C.-B.), Theytus Books, 1995.

Association médicale canadienne. *Bridging the Gap: Promoting Health and Healing for Aboriginal Peoples in Canada*, Ottawa (Ont.), Association médicale canadienne, 1994.



- Brizinksi, P. *Knots in a String: An Introduction to Native Studies in Canada*, 2^e éd., Saskatoon (Sask.), University Extension Press, 1993.
- Browne, A. « The meaning of respect: A First Nations perspective », *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, vol. 27, n° 4 (1995), p. 95-109.
- Commission royale sur les peuples autochtones. *À l'aube d'un rapprochement : points saillants du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, Ottawa (Ont.), ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1996 (consulté le 30 janvier 2008 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/rpt/index_e.html> en anglais et <http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/rpt/index_f.html> en français.
- First Nations Urban Health Bibliography: A Review of the Literature and Exploration of Strategies*, publié sous la direction de L. McClure, M. Boulanger, J. Kaufert, et S. Forsythe, Winnipeg (Man.), Université du Manitoba – Unité de recherche sur la santé dans le Nord, 1992, n° 5.
- Lux, M. *Medicine That Walks: Disease, Medicine and Canadian Plains Native People, 1880-1940*, Toronto (Ont.), University of Toronto Press, 2001.
- Smylie, J. *Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones – Sommaire*, Déclaration de principe de la SOGC n° 100, décembre 2000 (consulté le 6 juin 2007 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps100%5Fsum.pdf>> en anglais et <<http://www.sogc.org/guidelines/public/100F-PS1-Decembre2000.pdf>> en français.
- Smylie, J. *Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones – Contexte socioculturel des peuples autochtones du Canada*, Déclaration de principe de la SOGC n° 100, décembre 2000 (consulté le 7 juin 2006 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps100.pdf>> en anglais et <<http://www.sogc.org/guidelines/public/100F-PS2-Decembre2000.pdf>> en français.
- Smylie, J. *Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones – Problèmes de santé touchant les peuples autochtones*, Déclaration de principe de la SOGC n° 100, janvier 2001 (consulté le 7 juin 2006 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps100%5F2.pdf>> et <<http://www.sogc.org/guidelines/public/100F-PS3-Janvier2001.pdf>> en français.
- Smylie, J. *Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones – Compréhension interculturelle*, Déclaration de principe de la SOGC n° 100, février 2001 (consulté le 7 juin 2006 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps100%5F3.pdf>> en anglais et <<http://www.sogc.org/guidelines/public/100F-PS4-Fevrier2001.pdf>> en français.
- Smylie, J. *Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones – Ressources autochtones en matière de santé*, Déclaration de principe de la SOGC n° 100, mars 2001 (consulté le 7 juin 2006 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps100%5F4.pdf>> en anglais et <<http://www.sogc.org/guidelines/public/100F-PS5-Mars2001.pdf>> en français.
- Statistique Canada. *Langue, tradition, santé, habitudes de vie et préoccupations sociales : Enquête auprès des peuples autochtones de 1991*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 1993, n° 89-533.
- Stiegelbauer, S.M. « What is an elder? What do elders do? First Nation elders as teachers in culture-based urban organizations », *Canadian Journal of Native Studies*, vol. XVI, n° 1 (1996), p. 37-66.

- Waldram, J. B., D.A. Herring, et T. Kue Young. *Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural and Epidemiological Perspectives*, Toronto (Ont.), University of Toronto Press, 1995.
- Young, D., G. Ingram, et L. Swartz. *Cry of the Eagle: Encounters With a Cree Healer*, Toronto (Ont.), University of Toronto Press, 1989.
- Young, D.E., et L.L. Smith. *The Involvement of Canadian Native Communities in Their Health Care Programs: A Review of Literature Since the 1970s*, Edmonton (Alb.), The University of Alberta – Institut circumpolaire canadien, 1992. Northern Reference Series, n° 2.
- Young, T.K. *Health Care and Cultural Change: The Indian Experience in the Central Subarctic*, Toronto (Ont.), University of Toronto Press, 1988.

Sites Web consacrés aux Autochtones

- Assemblée des Premières Nations : <<http://www.afn.ca/>>.
- Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada : <<http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/index-fra.php>>.
- Fondation autochtone de guérison : <<http://www.fadg.ca/>>.
- Ralliement national des Métis : <<http://www.metisnation.ca/>>.

Ouvrages sur l'usage d'un langage clair et simple

- Plain language.gov – Lignes directrices et guides relatifs à l'usage d'un langage clair et simple (États-Unis) : <<http://www.plainlanguage.gov/howto/guidelines/index.cfm>>.
- Ressources humaines et Développement social Canada : <<http://www.rhdsc.gc.ca/fr/pip/daa/sna/Ressources/clairliens.shtml>>.

Sites Web consacrés à l'usage d'un langage clair et simple

- Formation sur l'usage d'un langage clair et simple, dispensée par les National Institutes of Health (États-Unis) : <<http://plainlanguage.nih.gov/CBTs/PlainLanguage/login.asp>>.
- The Plain Language Association International : <<http://www.plainlanguagenetwork.org/>>.

Grossesse, travail et post-partum

- Hobbins, D. « Survivors of childhood sexual abuse: Implications for perinatal nursing care », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 33, n° 4 (2004), p. 485-497.
- Jacobs, J.L. « Child sexual abuse victimization and later sequelæ during pregnancy and childbirth », *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 1, n° 1 (1992), p. 103-112.
- Kendall-Tackett, K. « Literature review. Breastfeeding and the sexual abuse survivor », *Journal of Human Lactation*, vol. 14, n° 2 (1998), p. 125-133.

- Rhodes, N., et S. Hutchinson. « Labor experiences of childhood sexual abuse survivors », *Birth*, vol. 21, n° 4 (1994), p. 213-220.
- Rose, A. « Effects of childhood sexual abuse on childbirth: One woman's story », *Birth*, vol. 19, n° 4 (1992), p. 214-218.
- Seng, J.S., K.J.H. Sparbel, L.K. Low, et C. Killion. « Abuse-related posttraumatic stress and desired maternity care practices: Women's perspectives », *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 47, n° 5 (2002), p. 360-370.
- Simkin, P., et P. Klaus. *When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on the Childbearing Woman*, Seattle (Wa.), Woman Classic Day Publishing, 2004.
- Waymire, V. « A triggering time: Childbirth may recall sexual abuse memories », *AWHONN Lifelines*, vol. 1, n° 2 (1997), p. 47-50.

Ouvrages sur la relation thérapeutique, les limites et la gestion des situations difficiles

- Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. *Norme sur la relation thérapeutique entre l'infirmière et le client*, 2000 (consulté le 7 novembre 2007 en anglais et le 24 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.nanb.nb.ca/>> en anglais et <<http://www.aiinb.nb.ca/>> en français.
- College of Physical Therapists of Alberta. *Managing Challenging Situations: A Resource Guide for Physical Therapists*, 2007 (consulté le 7 novembre 2007). Sur Internet : <<http://www.cpta.ab.ca/>>.
- College of Registered Nurses of Nova Scotia. *Professional Boundaries and Expectations for Nurse-Client Relationships*, 2002 (consulté le 7 novembre 2007). Sur Internet : <<http://www.crnns.ca/>>.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2006). *Norme d'exercice : la relation thérapeutique, édition 2006*, 2006 (consulté le 7 novembre 2007 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.cno.org/>>.
- Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario. *Guide sur la norme d'exercice professionnel : Établir et maintenir des relations thérapeutiques*, 2005 (consulté le 7 novembre 2007 en anglais et le 24 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.collegept.org/>>.
- Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario. *Guide sur la norme d'exercice professionnel : Gestion de situations interpersonnelles difficiles lors de la prestation de soins aux patients*, 2007 (consulté le 7 novembre 2007 en anglais et le 24 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.collegept.org/>>.

Outils de dépistage

- Roy, C.A., et J.C. Perry. « Instruments for the assessment of childhood trauma in adults », *Journal of Nervous & Mental Disorder*, vol. 192, n° 5 (2004), p. 343-351.
- Thombs, B.D., D.P. Bernstein, R.C. Ziegelstein, C.D. Scher, D.R. Forde, E.A. Walker, et coll. « An evaluation of screening questions for childhood abuse in 2 community samples: Implications for clinical practice », *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, n° 18 (2006), p. 2020-2026.
- Thombs, B.D., D.P. Bernstein, R.C. Ziegelstein, W. Bennett, et E.A. Walker. « A brief two-item screener for detecting a history of physical or sexual abuse in childhood », *General Hospital Psychiatry*, vol. 29 (2007), p. 8-13.

Index

- Accompagnateurs ou accompagnatrices, 35
- Actes autodestructeurs, 19
- Agitation, 70
- Annulation de rendez-vous, 63
- Apport des cliniciens et cliniciennes à la guérison des personnes ayant survécu à une agression sexuelle, 88
- Autochtones, comment collaborer avec les, 101
- Bons rapports, 24
- Colère, 70
- Collaboration avec des personnes issues de divers groupes culturels, 36
- Stratégie pour réagir aux échanges difficiles avec les patients ou patientes, 63
- Comportements et sentiments précis qui se manifestent lors de rencontres de santé
 - Actes autodestructeurs, 19
 - Ambivalence à l'égard du corps, 19
 - Conditionnement poussant à la passivité, 19
 - Dissociation, 18
 - Douleur physique, 18
 - Éléments déclencheurs, 17
 - Malaise à l'égard de personnes du même sexe que l'agresseur ou l'agresseuse, 17
 - Méfiance à l'endroit des symboles d'autorité, 17
 - Peur et anxiété, 17
- Consentement éclairé, 48, 100
- Contre-transfert, 15
- Contrôle, 26
- Critères diagnostiques des troubles de stress, 96
- Croyances sociales à propos du cycle de la violence, 15
- Demandes de renseignements spécifiques à la tâche, 42
- Dissociation, 18, 64, 106
- Divulgateur, 71
 - Comment réagir efficacement, 78
 - Mesures supplémentaires qui s'imposent, 81
 - Défi pour les personnes ayant survécu à une agression sexuelle, 71
- Demandes de renseignements sur les sévices passés, 74, 107
 - Demandes écrites, 78
 - Demandes verbales, 77
- Documentation des antécédents de mauvais traitements, 86
- Dossiers de santé, 85
- Éléments d'une réaction efficace, 84
- Obligations juridiques, 84
- Possibles indicateurs de sévices passés, 73
- Réactions à éviter, 84
- Dossiers de santé, 85
 - Documentation des antécédents de mauvais traitements, 86
- Douleur physique, 18, 60
- Éléments déclencheurs, 17, 65
- Entretien personnel des praticiens et praticiennes, 38
 - Praticiens et praticiennes ayant survécu à une agression sexuelle, 39
- Examens
 - Fin, 59
 - Pelvis, sein, organes génitaux et rectum, 51
 - Suggestions générales, 45
- Exemple de présentation d'un établissement, 99
- Flashbacks *Voir* Éléments déclencheurs
- Fondements empiriques du manuel de pratique, 90
- Grossesse, travail, accouchement et post-partum, 53
- Lignes directrices pour la pratique sensible
 - Aperçu, 129
- Limites, 27
- Limites du manuel, 5
- Milieu physique
 - Attente et salles d'attente, 32
 - Autres questions, 33
 - Protection de la vie privée, 33
- Parapluie protecteur, 23

Partage de l'information, 25, 34

Pensionnats, legs des, 102

Personnel administratif et assistants ou assistantes, 32

Personnes exerçant la fonction de chaperon, 35

Position du corps, 53

Pratique sensible et soins axés sur les patients et patientes, 88

Présentations et négociation des rôles, 41

Prestation concertée de services, 37

Principes pour la pratique sensible

- Aperçu, 128
- Comprendre la guérison non linéaire, 29
- Démontrer une connaissance et une conscience de la violence interpersonnelle, 29
- Établir de bons rapports, 24
- Éviter de réitérer les traumatismes, 30
- Faire preuve de respect, 23
- Favoriser un apprentissage mutuel, 28
- Partager l'information, 25
- Partager le contrôle, 26
- Prendre le temps, 24
- Promouvoir un sentiment de sécurité, 22
- Respecter les limites, 27

Proximité du praticien ou de la praticienne, 53

Questions d'ordre juridique et questions relatives à la tenue de dossiers, 85

Questions pour stimuler la réflexion, 31, 59, 87

Questions relatives à la sexualité et à l'orientation sexuelle, 20

Réactions à éviter à la suite d'une divulgation, 85

Réitération des traumatismes, 30

Respect ou non-respect des traitements, 62

Ressources communautaires, 39

S.A.V.E. the situation, 64

Santé bucco-dentaire et soins du visage, 55

Sécurité, 22

Séparation du corps, 61

Socialisation des sexes – femmes, 12

Socialisation des sexes – hommes, 13

Soins dispensés dans le système correctionnel, 58

Syndrome de stress post-traumatique, 96

Temps, 24, 47

Terminologie, 4

Tiers agissant comme observateurs ou observatrices, 35

Tolérance variable aux traitements, 29

Toucher, 50

Transfert, 16

Trouble de stress aigu, 96

Trouble dissociatif de l'identité, 106

Troubles de stress extrême non spécifiés ailleurs, 98

Vêtements, 41

Violence sexuelle à l'endroit d'enfants

- Auteurs ou auteures, 8
- Définition, 7
- Dynamique de la, 9
- Dynamique traumagénique, 94
- Effets sur la santé, 9
- Personnes ayant survécu à la, 7
- Prévalence, 92

Coup d'œil sur la pratique sensible

La pratique sensible a pour but de favoriser le développement d'un sentiment de sécurité chez les patients et patientes. Tels qu'exposés aux tableaux 7 et 8, les principes et les lignes directrices qu'énonce le *Manuel de pratique* s'inspirent d'études réalisées auprès de Canadiens et de Canadiennes ayant des antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance. Ces principes et lignes directrices dictent une attitude fondamentale à l'égard des soins qui devrait prévaloir pour tout patient ou

toute patiente. En faisant des principes pour la pratique sensible une norme, les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé attestent du respect qu'ils portent à leurs clients et clientes tout en soutenant l'autonomie de ces derniers et leur droit de participer à la prestation des soins. En outre, ils atténuent le risque de réitérer les traumatismes subis par les personnes ayant survécu à une agression sexuelle qui se retrouvent — à leur insu ou non — parmi leur clientèle.

TABLEAU 7.

Aperçu des principes pour la pratique sensible

Faire preuve de respect	Reconnaître la valeur particulière des clients et clientes en tant que personnes dotées de croyances, de valeurs, de besoins et d'antécédents qui leur sont propres, c'est imposer le respect de leurs droits humains fondamentaux, défendre ces droits et surseoir aux jugements à l'endroit de ces personnes.
Prendre le temps	Prendre le temps qu'il faut avec les patients et patientes leur évite un sentiment de dépersonnalisation ou d'objectivation.
Établir de bons rapports	Définir et cultiver un style personnel qui marie professionnalisme et compassion sincère, c'est favoriser l'instauration d'un climat de confiance et le développement d'un sentiment de sécurité.
Partager l'information	Renseigner sans cesse les patients et patientes pour qu'ils sachent à quoi s'attendre et les inviter à poser des questions, à donner de l'information et à fournir une rétroaction sont autant de mesures qui contribuent à atténuer l'anxiété des intéressés et qui favorisent une participation active de ces derniers à leurs propres soins de santé.
Partager le contrôle	Demander le consentement et proposer des choix, c'est donner l'occasion aux patients et aux patientes de participer activement et à part entière à leurs propres soins de santé tout en permettant au clinicien ou à la clinicienne de <i>collaborer</i> avec eux, par opposition à <i>travailler</i> auprès d'eux.
Respecter les limites	Porter une attention constante aux limites et aborder les ennuis qui surviennent permet de souligner le droit à l'autonomie personnelle des patients et patientes.
Favoriser un apprentissage mutuel	Favoriser la mise en place d'un environnement propice à des échanges réciproques incite les personnes ayant survécu à une agression sexuelle à se renseigner sur leur santé et à apprendre à participer activement à leurs propres soins, tout en aidant les cliniciens et cliniciennes à découvrir les meilleures méthodes pour collaborer avec les personnes ayant subi des violences interpersonnelles.

Comprendre la guérison non linéaire	Vérifier l'état des patients et patientes à chaque rencontre et au fil du temps (et consentir à adapter les comportements en conséquence) permet aux aidants et aidantes de satisfaire aux besoins de personnes qui ne possèdent pas en tout temps la même capacité de tolérer des examens et des formalités de santé.
Démontrer une connaissance et une conscience de la violence interpersonnelle	Témoigner un éveil à l'égard des questions de violence interpersonnelle permet aux professionnels et professionnelles de se montrer dignes de confiance tout en favorisant l'instauration d'un climat qui incite les patients et patientes à accepter de collaborer avec les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé.

TABLEAU 8.

Aperçu des lignes directrices pour la pratique sensible

Cadre dans lequel se déroulent les rencontres	
Personnel admini-stratif et assistants ou assistantes	<ul style="list-style-type: none"> • Former tout le personnel aux méthodes de pratique sensible • Collaborer avec le personnel et les assistants et assistantes en vue d'élaborer des « réponses usuelles » qui tiennent compte des personnes ayant survécu à une agression sexuelle
Salles d'attente	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les patients et patientes des délais d'attente <i>ou</i> les prier de vérifier de temps à autre • Fournir des documents qui traitent des traumatismes interpersonnels • Donner accès à des toilettes et indiquer clairement où elles se trouvent
Protection de la vie privée	<ul style="list-style-type: none"> • Cogner et attendre une réponse avant d'entrer • Prévoir au moins une salle insonorisée servant aux examens ou aux entrevues • Résoudre les problèmes avec le concours des patients et patientes afin de satisfaire à leurs besoins de sécurité et de protection de la vie privée
Préparatifs visant les patients et patientes	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des renseignements préliminaires en langage clair et simple, verbalement et par écrit • Négocier avec les patients et patientes afin de cerner leurs besoins et de trouver des solutions utiles • Favoriser la présence d'accompagnateurs et d'accompagnatrices ou de personnes exerçant la fonction de « chaperon » ainsi que convenir des fonctions exercées par chaque partie
Rencontres avec les patients ou patientes	
Présentations	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter et négocier à propos des rôles joués par le patient ou la patiente et le clinicien ou la clinicienne, et ce, avant tout examen ou traitement • Prévoir assez de temps pour permettre à la personne de bien comprendre les gestes du clinicien ou de la clinicienne • Ne pas supposer que le patient ou la patiente sait de quoi il en retourne lors d'un examen, d'un traitement ou d'une formalité • Demander sans cesse le consentement du patient ou de la patiente, et ce, tout au long de la rencontre

Vêtements	<ul style="list-style-type: none"> ● S'assurer de rencontrer le patient ou la patiente avant et après l'examen, à un moment où la personne porte tous ses vêtements ● Justifier le besoin de se dévêtir ● Discuter des exigences de déshabillage avec le patient ou la patiente et collaborer avec la personne pour trouver une solution acceptable ● Minimiser le nombre de vêtements à retirer et la période pendant laquelle la personne se met à nu ● Fournir tout un assortiment de jaquettes de différentes tailles, pouvant convenir aux personnes de toute corpulence ● Sortir de la salle pendant que le patient ou la patiente se change
Demandes de renseignements spécifiques à la tâche	<ul style="list-style-type: none"> ● Interroger le patient ou la patiente à propos de ses expériences passées, de ses préférences et des réserves que lui inspire l'examen ou la formalité ● Demander à la personne s'il y a moyen de la mettre à l'aise ● Demander au patient ou à la patiente d'indiquer s'il y a d'autres éléments dont le clinicien ou la clinicienne devrait prendre connaissance ● Répéter les demandes de temps à autre au fil de la rencontre ou si le langage corporel de la personne trahit un malaise
Approche générale	<ul style="list-style-type: none"> ● Recourir aux demandes de renseignements spécifiques à la tâche pour cerner les difficultés, et tâcher de résoudre conjointement les problèmes pour mettre la personne à l'aise ● Surveiller le langage corporel et réagir à tout signe de détresse ● Expliquer pourquoi certaines positions doivent être prises par le patient ou la patiente et le clinicien ou la clinicienne
Toucher	<ul style="list-style-type: none"> ● Décrire les éléments en cause avant et pendant l'examen ou le traitement ● Demander le consentement avant de commencer et au moment de faire porter l'attention sur une partie différente du corps ● Inciter la personne à demander, en tout temps, de faire une pause ou encore de ralentir ou d'interrompre l'examen si elle doit dissiper un malaise ou calmer un sentiment d'anxiété ● Expliquer le bien-fondé de l'examen de parties du corps autres que celles où se manifestent des symptômes, en cas de problème énoncé justifiant une telle démarche
Examens et formalités visant les organes génitaux ou le rectum	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconnaître le malaise ● Commenter au fur et à mesure les gestes qui sont posés ● Minimiser la période pendant laquelle la personne est maintenue dans une position où elle peut se sentir dominée ● Recouvrir les parties de corps ne faisant pas l'objet d'un examen
Santé bucco-dentaire et soins du visage	<ul style="list-style-type: none"> ● Convenir de signaux à faire de la main afin que le patient ou la patiente puisse donner une rétroaction immédiate lorsque la communication verbale s'avère impossible ● Échanger avec le patient ou la patiente en vue de contrer les réserves liées à l'odeur des gants ou des digues dentaires, aux sensations que laissent ces objets, à la position du corps ou à d'autres difficultés spécifiques à la tâche ● Veiller à formuler des commentaires qui soient aussi peu catégoriques que possible à propos de la santé ou des comportements bucco-dentaires du patient ou de la patiente ● Minimiser la durée de la rencontre et songer à répartir les interventions de plus longue durée sur deux rendez-vous ou plus

Défis affrontés lors de rencontres	
Douleur et séparation du corps	<ul style="list-style-type: none"> ● Évaluer systématiquement la douleur sans se montrer trop catégorique ● Collaborer avec le client ou la cliente à la définition d'objectifs réalistes et identifier des recommandations appropriées ● Inciter fréquemment la personne à se concentrer sur son corps ● Donner des instructions claires, verbalement et par écrit, telles que la personne puisse les comprendre ● Proposer un éventail de stratégies visant à stimuler la conscience de soi
Non-respect des traitements	<ul style="list-style-type: none"> ● Explorer toutes les catégories d'obstacles avec le patient ou la patiente et s'attaquer aux problèmes en formulant des solutions réalisables ● Adapter les traitements pour qu'ils conviennent au patient ou à la patiente ● Prévoir, si possible, des rendez-vous « le jour même » à l'intention de personnes qui annulent souvent leur rendez-vous
Modèle « S.A.V.E. the situation	<ul style="list-style-type: none"> ● Interrompre toute activité et porter toute l'attention sur la situation actuelle ● Prendre connaissance de la situation de la personne et la cerner ● Valider l'expérience que vit la personne ● Explorer quelles seraient les prochaines étapes, de concert avec le patient ou la patiente
Éléments déclencheurs et dissociation	<ul style="list-style-type: none"> ● Passer en revue la liste d'éléments déclencheurs communs et réfléchir à ceux qui pourraient être évités ou dont on pourrait tenir compte ● Apprendre à reconnaître les signes d'une « réaction de combat ou de fuite » ● Collaborer avec la personne frappée par un élément déclencheur de façon à rétablir sa conscience de l'ici-maintenant et à la réorienter ● Normaliser l'expérience ● Assurer un suivi adéquat
Colère et agitation	<ul style="list-style-type: none"> ● Porter attention à la sécurité personnelle ● Recourir à un langage corporel non menaçant ● Négocier avec le patient ou la patiente et certifier quels sont les intérêts et les préoccupations du clinicien ou de la clinicienne
Divulgence	
Comment réagir efficacement	<p><i>Si le patient ou la patiente divulgue des sévices passés :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Accepter l'information ● Témoigner de l'empathie et de la compassion ● Préciser la question du secret professionnel ● Normaliser l'expérience en reconnaissant la prévalence de la violence ● Valider la divulgation et rassurer la personne pour faire échec aux sentiments de vulnérabilité ● Aborder les contraintes de temps Collaborer avec la personne à l'élaboration d'un programme immédiat d'entretien personnel ● Reconnaître qu'il n'est pas toujours nécessaire d'agir ● Demander s'il s'agit d'une première divulgation <p><i>Au moment de la divulgation ou lors d'un échange subséquent :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Discuter des répercussions des antécédents de violence sur les soins à venir et sur les échanges avec le clinicien ou la clinicienne ● S'enquérir des services de soutien social axés sur les questions de violence

