

Guide de traitement des  
victimes d'actes criminels :  
Application de la recherche  
à la pratique clinique

# Guide de traitement des victimes d'actes criminels : Application de la recherche à la pratique clinique

Manuel

James K. Hill, PhD.



Centre de la politique  
concernant les victimes



Division de la recherche  
et de la politique

31 mars 2004

*Les opinions émises dans cette étude n'engagent que  
leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles  
du ministère de la Justice Canada.*

## Préface

Comment puis-je aider cette victime de crime à reprendre une vie normale? Qu'est-ce que je dis aux parents d'un enfant disparu ? Qu'est-ce que je fais devant des explosions de rage? Est-ce que j'aide vraiment lorsque je ne fais qu'écouter? Quand les choses vont-elles s'améliorer? Ce sont quelques-unes des questions que j'entends régulièrement de la part des personnes qui s'occupent des victimes de crimes graves. Ce sont de bonnes questions qui viennent du cœur et qui sont empreintes de frustration et de confusion. Ce guide vous permet d'explorer certaines des réponses à ces questions de base.

Cela doit faire maintenant plus de dix ans que j'ai commencé mes recherches concernant les victimes d'actes criminels. Dans un des premiers articles que j'ai découvert, j'ai lu que la plupart des conseillers trouvent difficile de travailler avec les victimes de crimes graves et, pour cette raison, les conseillers expérimentés les évitent souvent. Je me suis sentie visée. Je ne pouvais pas croire que nous, les victimes de crime violent étions, d'une certaine façon, rejetées par un groupe qui avait, croyait-on, la capacité de nous aider. Je n'aurais pas dû être surprise. Même l'histoire ancienne et bien connue du bon samaritain dans la bible a trait à une victime de crime que l'on fait semblant de ne pas voir, que l'on néglige, évite et ignore.

Au fil du temps, j'en suis venue à comprendre ce que les auteurs d'ouvrages en psychologie veulent dire à propos de la difficulté de s'occuper des victimes de crime. C'est une clientèle souvent caractérisée par des colères incontrôlables, de la désorganisation, de l'imprévisibilité et ayant subi des traumatismes extrêmes. Pour travailler avec des victimes de crime, il faut une immense dose de patience, de courage et avoir le sentiment profond de « connaître » et de comprendre l'expérience qu'elles vivent. Cela peut être extrêmement exigeant. On comprend facilement pourquoi les fournisseurs de service en première ligne sont si souvent fatigués et épuisés.

Mais, malgré les épreuves, plusieurs fournisseurs de service survivent dans ce domaine et apportent un soutien important à un grand nombre de victimes de crime. Ils ont en commun quelques caractéristiques. Tout en demeurant chaleureux et compatissants, ils ne promettent jamais de faire quelque chose qu'ils ne peuvent faire. Ils connaissent bien le traumatisme associé à un crime et ils respectent le sentiment de dévastation qui l'accompagne. Ils demeurent loyaux

envers les victimes mais leur rôle change au fur et à mesure de la guérison de la victime et des changements qui en découlent. Ils font partie de ce long voyage. Ils font preuve de modestie dans leur capacité, mais ils demeurent fidèles dans leurs efforts. Ils sont constamment à la recherche de nouveau matériel qui les aidera à parfaire leurs connaissances.

Ce guide, j'en suis certaine, deviendra un outil indispensable. Il fournit un cadre cohérent pour la recherche qui se fait dans le domaine. En commençant par reconnaître les besoins des fournisseurs de service de prendre soin d'eux-mêmes, cet ouvrage se veut aussi sensible aux besoins des personnes victimes d'actes criminels. Bien présenté et bien organisé, il donne un bon aperçu des changements psychologiques qui se produisent chez les victimes. Il expose également les stratégies d'adaptation communes aux victimes (négatives et positives), et il termine par des suggestions. La bibliographie détaillée jette les bases d'un travail de recherche solide.

Les fournisseurs de service qui cherchent à affiner leurs outils dans le but de mieux faire leur travail trouveront ce guide utile pour parfaire leurs compétences.

Wilma Derksen  
Directrice de *Victims' Voice*  
*Mennonite Central Committee Canada*



## Avant-propos

Les personnes qui s'occupent des victimes d'actes criminels peuvent éprouver des difficultés qui paraissent parfois insurmontables. Ces personnes font souvent preuve d'un intérêt pour les victimes qui dépasse le cadre normal de la recherche. La compréhension des changements psychologiques que subit la victime d'un acte criminel est étroitement liée à la compréhension de son univers intérieur. La capacité pour la victime de s'adapter aux conséquences du crime, le traumatisme causé par le crime et les décisions qui devront être prises sont des facteurs importants de tout contact personnel, même le plus élémentaire. Le présent guide s'appuie sur un travail de recherche publié par le ministère de la Justice du Canada en 2003 et intitulé *Réaction des victimes au traumatisme et conséquences sur les interventions : Étude et synthèse de la documentation* (Hill, 2003). Dans cette étude, j'ai examiné les changements cognitifs que subissent les victimes et j'ai cherché à comprendre comment les caractéristiques de la victime, les changements cognitifs qu'elle subit et sa capacité d'adaptation influencent la compréhension clinique et les interventions. Pour tenir compte des plus récents développements dans ce domaine, je m'étais expressément intéressé aux travaux de recherche relativement récents.

Le présent guide est une application des résultats de ces recherches au travail quotidien des personnes qui viennent en aide, d'une manière ou d'une autre, aux victimes d'un acte criminel. Il est utile pour plusieurs raisons d'avoir à votre disposition les résultats des plus récents travaux de recherche. Premièrement, la recherche peut justifier vos interventions et confirmer leur utilité. Deuxièmement, grâce à la recherche, les intervenants de première ligne peuvent apprendre de nouvelles méthodes de travail et s'initier à de nouvelles idées qui peuvent les aider à devenir plus efficaces et à améliorer leurs services. Troisièmement, j'ai bon espoir que ce guide sera une source d'inspiration qui aidera les cliniciens, les intervenants paraprofessionnels, les bénévoles et le personnel administratif à rendre leurs services encore plus efficaces. Enfin, ceux-ci peuvent mettre à profit cette information pour parfaire leurs connaissances et mieux faire comprendre aux victimes, à leurs amis, à leur famille et aux autres soutiens les difficultés psychologiques complexes que peuvent éprouver les victimes d'un acte criminel.

Les interprétations contenues dans le présent document sont uniquement celles de l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles du ministère de la Justice Canada ou de ses employés.

## Remerciements

L'auteur remercie chaleureusement Susan McDonald, Ph.D., Lara Rooney, Dre Lara Robinson et les membres du Groupe de travail fédéral-provincial-territorial pour les victimes d'actes criminels (GTFPT), qui ont formulé de précieux commentaires sur les versions provisoires du présent guide.



# Table des matières

Avant-propos.....	i
Remerciements.....	ii
Table des matières.....	iii
1.0 Introduction.....	1
2.0 L'importance de l'autothérapie.....	3
2.1 Pourquoi l'autothérapie est-elle si importante? .....	3
2.2 Activités autothérapeutiques.....	4
2.3 Autres lectures sur l'autothérapie .....	8
2.4 Notions de base.....	9
3.0 Un modèle de victimisation et de rétablissement .....	10
3.1 Notions de base.....	13
4.0 Réactions habituelles des victimes d'un crime .....	15
4.1 Gravité de la réaction.....	16
4.2 Victimisation antérieure.....	19
4.3 Diagnostics courants chez les victimes d'actes criminels.....	19
4.4 Quand dois-je adresser un patient à un spécialiste de la santé mentale? .....	22
4.5 Notions de base.....	23
5.0 Les stratégies d'adaptation des victimes.....	27
5.1 Stratégies d'adaptation positives.....	28
5.2 Stratégies d'adaptation négatives.....	31
5.3 Autoefficacité.....	33
5.4 Notions de base.....	34
6.0 Les étapes du changement : Un modèle pour le patient.....	37
6.1 Caractéristiques des différentes étapes .....	38
6.2 Adaptez vos interventions aux besoins des patients .....	39
6.3 Notions de base.....	41
7.0 Évaluation : Quelles questions poser? .....	42
7.1 Principaux points à discuter dans une entrevue initiale .....	42
8.0 Synthèse et conclusion.....	44
8.1 Principales conclusions de la recherche.....	44
9.0 Références.....	48



## 1.0 Introduction

**L**e présent guide est conçu principalement à l'intention des personnes qui fournissent des services de première ligne aux victimes d'actes criminels. Ce document de référence devrait aider les intervenants de première ligne à améliorer la qualité de leurs services, car il leur donne accès à la théorie et aux travaux de recherche les plus récents sur les victimes d'actes criminels. Dans le cadre du présent guide, on entend par intervenants de première ligne toutes les personnes qui ont un rôle quelconque à jouer auprès des victimes, soit aussi bien le personnel de réception que les cliniciens et le personnel de soutien. Bien que le présent guide porte principalement sur les interventions cliniques, le lecteur doit se rappeler que tout contact avec une victime peut avoir des effets curatifs. C'est pourquoi le terme générique « intervenant » sera utilisé partout dans le guide pour désigner les spécialistes, le personnel paraprofessionnel, les bénévoles, le personnel de soutien, les administrateurs et toute personne qui entre en contact avec les victimes dans le but de leur venir en aide.

Le guide est conçu principalement dans le but d'expliquer comment les conclusions de la recherche peuvent se rapprocher de l'acquisition d'aptitudes personnelles. Chaque section est axée sur les expériences communes des victimes d'actes criminels et sur d'autres questions importantes. La section intitulée « L'importance de l'autothérapie » explique aux intervenants qu'ils doivent aussi prendre soin d'eux-mêmes dans ce cadre de travail difficile mais gratifiant. La section intitulée « Un modèle de victimisation et de rétablissement » explique comment les individus deviennent des victimes et s'adaptent psychologiquement à la victimisation. La section intitulée « Réactions habituelles des victimes d'un crime » explique les réactions qu'éprouvent habituellement les victimes d'un acte criminel et examine le problème de la victimisation antérieure et de la gravité de la réaction. La section suivante, « Les stratégies d'adaptation des victimes », porte sur les stratégies d'adaptation le plus souvent utilisées par les victimes et sur la question de l'autoefficacité. La section intitulée « Les étapes du changement : Un modèle pour le patient » présente le modèle transthéorique du changement (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992) et explique comment ce modèle peut inciter les victimes à chercher de l'aide. Enfin, la section « Synthèse et conclusion » présente un résumé des principales conclusions de la recherche et peut servir de source de référence rapide au lecteur qui souhaiterait consulter les travaux de recherche portant sur cette question. À la fin de chaque section, on trouvera aussi une fiche de référence intitulée « Notions de base », qui présente une récapitulation des principaux points traités dans la section. Chaque section du guide porte sur des questions se rapportant aux victimes, mais propose aussi aux intervenants des moyens d'améliorer leurs aptitudes et leurs compétences.

Tout au long du présent guide, on considérera qu'une victime d'un acte criminel est une personne qui a été directement l'objet d'un acte illégal particulier et qui en a subi des conséquences. Ces personnes ont été au centre des travaux de recherche consultés pour la préparation de ce guide. Les intervenants doivent cependant se rappeler que le crime n'exerce pas ses effets seulement sur la victime. Les intervenants de première ligne, par exemple, savent très bien que l'acte criminel affecte souvent les proches de la victime et les personnes qui lui viennent en aide. Ces personnes peuvent aussi éprouver des difficultés d'ordre psychologique,



social ou financier et peuvent souvent être aux prises avec les mêmes problèmes que la victime. Les aptitudes cliniques et l'information contenue dans le guide peuvent donc être utiles aussi à ces aidants potentiels.

Enfin, une courte remarque sur l'usage des pronoms dans ce texte : afin d'éviter l'expression lourde « il ou elle » en parlant de quelqu'un, nous utiliserons alternativement « il » et « elle » dans le texte.



## 2.0 L'importance de l'autothérapie

### 2.1 Pourquoi l'autothérapie est-elle si importante?

*Un fermier tentait d'abattre sur sa propriété un énorme chêne, à l'aide d'une vieille hache rouillée et émoussée. Son voisin, qui passait par là, s'aperçut que le travail du fermier n'avancait pas du tout. « À ce rythme, se dit le voisin, ça va lui prendre des années pour abattre cet arbre gigantesque. »*

*Il s'adressa donc à son voisin : « Pourquoi n'affiles-tu pas ta hache? » Le fermier, à bout de souffle, lui répondit : « Je n'ai pas le temps (coup de hache)... Il faut que j'abatte cet arbre (coup de hache)... avant demain. »*

D'après une fable de l'enseignement soufi

Comme ce fermier qui tentait d'abattre un arbre, il peut nous arriver aussi, en tant qu'intervenants auprès des victimes, que la poursuite de nos objectifs nous empêche de voir la réalité. Nous sommes tellement occupés par notre travail que nous oublions de nous demander comment nous le faisons ou comment nous pourrions l'améliorer. Comme intervenants, nous voulons aider les victimes. C'est pour cette raison que nous faisons ce travail. Par contre, toutes les tâches qui nous occupent peuvent nous faire perdre de vue nos propres besoins. Nous nous disons : « Quelle est l'importance de mes problèmes, de mon stress, de mon épuisement, à côté de tout ce que cette personne peut ressentir? » Cette perception à sens unique a aussi un aspect séduisant, parce qu'aux yeux des autres intervenants auprès des victimes cette attitude de « désintéressement » et de « sacrifice » est considérée comme une preuve de dévouement et d'empathie. Je ne suis pas du tout d'accord avec cette perception. Quand nous cessons de nous occuper de nous-mêmes, nous laissons se détériorer l'outil le plus important pour notre travail. Comme le fermier qui veut abattre son chêne avec une hache émoussée – il travaille, mais quelle est l'utilité de ce travail? Nous devons aussi éprouver de l'empathie pour nous-mêmes, car c'est l'instrument dont nous nous servons pour travailler. En d'autres termes, si nous voulons aider nos patients à acquérir certaines aptitudes, nous devons aussi nous occuper de nous-mêmes. Nous devons tout d'abord montrer comment on se soigne soi-même. C'est pourquoi ce guide commence par démontrer à quel point il est important pour les intervenants de savoir s'occuper d'eux-mêmes.

Même s'il est certain que le travail auprès des victimes peut provoquer du stress, certains chercheurs se sont intéressés à ce sujet. Brown et O'Brien (1998) ont constaté que 65 p. 100 des intervenantes dans les refuges pour femmes battues sont modérément ou fortement stressées à cause de la colère et de la frustration causées par le comportement des victimes et par les agresseurs. À ce stress s'ajoute celui qui est causé par les contraintes de temps, les formalités administratives, les contraintes matérielles et le manque d'avancement (Brown et O'Brien, 1998). Ces chercheurs ont donc constaté que le stress professionnel découlait non seulement du contact avec les patients, mais aussi de la complexité du système, ce qui ne surprend pas du tout les intervenants. Il est toutefois important de rappeler ce fait aux administrateurs et aux

superviseurs, qui doivent s'efforcer de déceler chez eux et chez leur personnel tout signe d'épuisement et de stress professionnels.

Dans une étude portant sur différentes catégories d'intervenants cliniques, Holmqvist et Andersen (2003) ont interrogé des thérapeutes d'expérience qui ont participé à un projet spécial portant sur des victimes d'un traumatisme provoqué par la guerre. Ils ont comparé ce premier groupe à un autre groupe de thérapeutes exerçant en milieu général et dans des foyers de groupes. Ils ont constaté que les thérapeutes qui s'occupaient des victimes d'un traumatisme se jugeaient moins objectifs, moins « maternels » et moins enthousiastes que ceux qui exerçaient en milieu général. Comparativement aux thérapeutes qui travaillaient dans des foyers de groupes, ceux qui s'occupaient des victimes d'un traumatisme se disaient plus anxieux et plus embarrassés. En outre, comme ces thérapeutes travaillaient auprès de victimes d'un traumatisme, ils devenaient plus indifférents et plus blasés et éprouvaient moins d'anxiété et de réserve (Holmqvist et Andersen, 2003). Les thérapeutes devenant plus indifférents, ils étaient peut-être plus en mesure de supporter l'anxiété liée à leur travail. Holmqvist et Andersen (2003) soulignent l'importance de l'autothérapie chez les thérapeutes et le risque que la distanciation finisse par nuire à la qualité du travail clinique.

L'autothérapie est importante; nos activités autothérapeutiques peuvent toutefois avoir des effets positifs ou des effets négatifs, selon leur nature. Les méthodes passives comme l'évitement, le refus de reconnaître la source du stress, l'alcool ou la drogue ne sont pas les meilleurs moyens de combattre le stress parce qu'ils n'ont aucun effet sur le problème sous-jacent (Pines et Aronson, 1988). Laissés à eux-mêmes, les intervenants trop stressés peuvent devenir malades, quitter leur emploi ou tout simplement exercer de moins en moins efficacement leurs fonctions quotidiennes. Il est donc préférable d'opter pour des solutions plus actives, comme discuter de nos sources de stress, se livrer à d'autres activités ou changer la source de notre stress (Pines et Aronson, 1988). Ces chercheurs ont constaté également que les intervenants qui avaient une attitude positive étaient aussi moins exposés à l'épuisement professionnel.

L'équilibre entre la vie personnelle et la vie professionnelle est un autre facteur important de l'autothérapie. Dans une autre section, nous discuterons de la manière d'adopter un mode de vie équilibrée. Les intervenants doivent toutefois se rappeler que nous ne vivons pas seulement pour notre travail. Nous pouvons aussi ressentir du stress dans notre vie personnelle. Les problèmes d'argent, de relations et de santé ne s'évanouissent pas simplement parce que nous franchissons la porte de notre bureau. Rappelez-vous : le stress de la vie personnelle peut avoir une influence sur votre travail tout comme le stress professionnel peut avoir une influence sur votre vie personnelle. Les activités et les aptitudes décrites ci-dessous peuvent vous aider à gérer votre stress non seulement dans votre vie professionnelle, mais aussi dans tous les aspects de votre vie.

## **2.2 Activités autothérapeutiques**

Chaque personne est différente des autres. Nous devons tous déterminer quels sont les comportements sains et autothérapeutiques qui peuvent nous aider à réduire le stress et la fatigue. Cela nous aidera à mieux accomplir notre travail auprès des victimes et à trouver un mode de vie équilibrée. Les moyens exposés ci-dessous peuvent aider les intervenants à trouver cet équilibre.



Ils peuvent aussi nous aider à accomplir un meilleur travail auprès de nos patients et à satisfaire nos besoins personnels dans les autres domaines de notre vie.

### ***Autoévaluation***

Au départ, pour comprendre notre niveau de stress, nous devrions examiner et évaluer continuellement nos sentiments, nos pensées et notre comportement (Grosch et Olsen, 1994). Nous devons faire la différence entre la fatigue normale et l'extrême fatigue qui peut mener à l'épuisement professionnel. Ces deux états sont différents chez chaque individu. Souvent, on peut ressentir la fatigue liée à l'épuisement professionnel quand on ne se sent pas reposé après avoir dormi, on manque rapidement d'énergie, on ressent de la frustration ou on se sent vidé et « crevé » (Grosch et Olsen, 1994; Pines et Aronson, 1988). Évidemment, comme cet état peut aussi résulter d'une maladie physique, il est important de consulter un médecin si l'on pense qu'il peut s'agir d'un problème d'ordre médical. Cependant, consulter nos collègues et nos superviseurs peut nous aider à faire le point sur notre situation et à mieux la comprendre. En tant qu'intervenants, nous devons être à l'écoute de notre corps, de nos pensées et de nos sentiments, mais aussi des perceptions des autres. Écouter nos collègues de travail, nos amis et les membres de notre famille peut être un bon moyen de suivre l'évolution de notre niveau de stress. Nous devons donc tenir compte des conseils et des opinions provenant de toute source afin de déterminer ce qui est bon pour chacun de nous. Les intervenants que cette question intéresse pourront consulter Richardson (2001), qui a inclus un exercice sur la connaissance de soi dans l'annexe de son ouvrage sur le traumatisme transmis par personne interposée.

### ***Recours à une supervision efficace et au soutien des collègues***

Comme je l'ai mentionné dans la section « Autoévaluation », les intervenants doivent compter sur les autres pour obtenir de l'information sur leur niveau de stress (Gorman, 2001; Grosch et Olsen, 1994; Kottler, 1999). Les chercheurs ont constaté que les intervenants qui se sentent épaulés par leur superviseur, leurs amis et les membres de leur famille éprouvent moins d'épuisement affectif et se sentent plus proches des autres et de leurs propres sentiments (Brown et O'Brien, 1998). En tant qu'intervenants, nous devons établir un réseau de personnes qui pourront nous venir en aide et qui nous donneront des opinions claires et directes. Par contre, un réseau d'aide composé de personnes qui nous traitent avec trop d'égards et de délicatesse ne nous sera d'aucune utilité si nous voulons obtenir des opinions franches. Rappelez-vous : les opinions peuvent venir de vos amis et des membres de votre famille, parce que ces gens sont sans doute les mieux placés pour observer les petits changements qui risquent de se transformer en gros problèmes. Ces gens peuvent aussi nous rappeler que nous ne devons pas vivre uniquement pour notre travail (Kottler, 1999). Dans l'établissement de ce réseau, nous devrions aussi inclure des vérifications du stress, du niveau de fatigue et de l'épuisement professionnel, dans le cadre d'une supervision normale ou de discussions en équipe.

### ***Se fixer des limites***

Les intervenants doivent apprendre à se fixer des limites précises (Grosch et Olsen, 1994; Kottler, 1999). Tous ceux qui travaillent dans le domaine des relations d'aide connaissent ce principe d'élémentaire sagesse, mais beaucoup oublient ces limites lorsqu'ils sont stressés ou surchargés de travail. Fondamentalement, ces limites sont des barrières que nous nous fixons pour assurer la qualité de nos soins. Rappelez-vous : vous fixer des limites claires ne signifie pas que vous ne pouvez pas vous adapter. Les intervenants doivent simplement se rappeler qu'ils se

sont fixés des limites et qu'ils doivent les respecter, pour leur propre bien et pour le bien de leurs patients. Par exemple, une intervenante peut décider qu'elle ne travaille jamais après 18 heures, une autre ne révèle pas son numéro de téléphone à la maison tandis qu'une autre encore ne discute pas de sa vie personnelle avec ses patients. Les discussions en groupe et les réunions de supervision sont d'excellentes occasions d'explorer la question des limites. Selon leur personnalité et leur profession, les gens se fixent des limites différentes. Il faut surtout se poser la question suivante : « Les limites que je me suis fixées m'aident-elles à développer et à conserver des ressources qui me profitent et qui profitent à mes patients? » En mettant toujours nos besoins au dernier rang, nous risquons de devenir moins efficace, en tant qu'intervenante et en tant que personne.

### ***Adopter un mode de vie équilibrée***

Cet élément est lié étroitement à la nécessité de se fixer des limites (Grosch et Olsen, 1994). Si l'on insiste tant sur l'importance d'adopter un mode de vie équilibrée et de se fixer des limites, c'est parce que ces limites sont la première chose que nous laissons tomber quand nous cessons de tenir compte de nos besoins. Ainsi, sauter quelques dîners pour continuer de travailler n'est pas bien grave, parce que c'est à cette heure-là qu'on peut rencontrer tel patient. Certains bureaux et superviseurs peuvent même y voir une preuve de notre ardeur au travail. Ce genre de comportement est toutefois le premier pas sur la voie qui nous amène à oublier nos propres besoins et qui peut nous conduire à l'épuisement professionnel. La limite entre être le « héros » de la clinique et devoir prendre du repos pour cause de stress est très ténue!

Les intervenants pour qui le travail prend une importance excessive risquent de combler leurs besoins personnels en venant en aide à leurs patients (Kottler, 1999). Ces besoins personnels peuvent consister à se sentir utile, avoir des contacts sociaux, se sentir estimé ou résoudre des problèmes infantiles ou relationnels non résolus. Rappelez-vous : Comblé ses besoins personnels par le travail ne signifie pas nécessairement que nous arrivons à combler ceux de nos patients. Par contre, si nous arrivons à combler nos besoins par d'autres moyens (comme la vie familiale, les amitiés, la spiritualité, etc.), nous risquons moins de recourir au travail pour y parvenir.

### ***À quoi ressemble un mode de vie équilibrée?***

Nous trouvons tous l'équilibre par différents moyens. Au départ, nous devons considérer les différents rôles que nous devons jouer dans la vie : conjoint, travailleur, ami, parent, enfant, etc. Quels sont les rôles les plus importants? Chaque intervenant devrait classer ses rôles par ordre d'importance et se garder du temps pour les choses qui lui semblent les plus importantes. Quand rechargeons-nous nos batteries? Si par exemple l'autothérapie est une chose importante, nous allons garder du temps dans la semaine pour des activités que nous trouvons apaisantes. Cela peut vouloir dire prendre un café avec des amis, lire un livre « distrayant » (pas un ouvrage à caractère professionnel comme celui-ci!), jouer au base-ball, faire de la méditation, jouer au golf, peindre ou faire toute autre activité qui a pour effet de nous ragaillardir. Il peut être utile de rédiger une liste des choses qui nous aident à relaxer. Ayez toujours une telle liste sous la main, de sorte que si vous vous sentez tendu ou abattu, vous puissiez y jeter rapidement un coup d'œil et trouver quelque chose à faire qui vous permettra de prendre un répit.



Pour comprendre à quel point il est important d'adopter un mode de vie équilibrée, il faut avant tout reconnaître que nous avons tous des ressources limitées; nous ne pouvons pas tout faire. Si un aspect de notre vie est source de stress, nos ressources dans les autres domaines vont s'en ressentir. Le stress au travail a des effets sur notre vie personnelle. Le stress causé par notre situation financière a des effets sur notre travail et nos relations. C'est tout à fait normal. Fondamentalement, adopter un mode de vie équilibrée consiste à déterminer l'étendue de nos ressources et à nous en servir dans les domaines que nous jugeons importants. En planifiant notre vie de cette manière, nous sommes davantage susceptibles de la maîtriser et nous risquons moins d'avoir l'impression que c'est le stress qui nous domine. Rappelez-vous : ces activités vont probablement améliorer non seulement la qualité de votre travail, mais aussi la qualité de votre vie dans son ensemble.

### **Formation et perfectionnement professionnels**

Les intervenants peuvent toujours tirer profit de cours de formation et de perfectionnement professionnels. Ils peuvent ainsi non seulement acquérir de nouvelles compétences, mais aussi réfléchir sur leur pratique individuelle. En d'autres termes, ces activités contribuent à améliorer nos compétences (la hache) en nous permettant de réfléchir (constater qu'elle est émoussée) et d'acquérir de nouvelles compétences ou de perfectionner celles que nous possédons (affûtage). Même s'il est important de développer nos compétences en ce qui concerne l'autothérapie et la nécessité de nous fixer des limites, les avantages que procurent l'acquisition de toute nouvelle compétence ou la faculté de considérer une question d'un nouveau point de vue peuvent aider l'intervenant à renouveler la qualité de ses services. D'une certaine manière, prendre du temps pour lire ce guide constitue une forme d'autothérapie.

### **Services offerts aux intervenants**

Les intervenants doivent aussi savoir déterminer à quel moment ils ont besoin d'aide. Différents types de traitements s'offrent à eux, comme l'autothérapie (par exemple la lecture de livres sur l'autothérapie), les groupes d'entraide, la psychothérapie et les traitements en clinique externe ou interne (Grosch et Olsen, 1994; Kottler, 1999). En principe, ces méthodes directes de traitement du stress aident les intervenants à s'occuper de leurs besoins. C'est comme le fermier qui prendrait soin d'affûter sa hache. Nos choix dépendent de nos objectifs. Il peut être nécessaire, par exemple, de traiter des problèmes antérieurs à un niveau profond; la thérapie peut être alors la meilleure option. Par contre, si nous avons seulement besoin de nous « décharger » de notre stress, un groupe d'entraide peut très bien convenir. Les services d'entraide sont un excellent moyen de trouver de nouvelles façons de gérer le stress de la vie professionnelle et de la vie personnelle. Tout dépend de nos agents stressants et de nos objectifs. Nous pouvons aussi constater que nous avons recours à différentes méthodes, dans des circonstances différentes. Nous sommes le mieux placés pour savoir ce qui nous convient le plus, mais nous pouvons tous tirer profit de l'aide et des observations des autres.

### **Conclusion**

Il peut paraître curieux de commencer un guide sur les effets psychologiques de la victimisation découlant du crime en traitant d'abord des besoins des intervenants. Cette façon de procéder s'appuie sur une excellente raison : le travail auprès des personnes en détresse est une activité très gratifiante, mais aussi très stressante (Grosch et Olsen, 1994; Pines et Aronson, 1988). Les intervenants doivent bien sûr apprécier l'aspect gratifiant de leur travail, mais cela n'est possible

que s'ils se sentent bien eux-mêmes (Kottler, 1999). Pour leur plus grand bénéfice personnel et celui de leurs patients, les intervenants doivent surveiller leur niveau de stress et se livrer activement à des activités qui les renforcent sur le plan personnel. Nous pouvons croire parfois que nous pouvons maîtriser toutes les situations. Cette conviction peut être personnelle comme elle peut faire partie de la culture de l'organisme où nous travaillons. Cette façon de voir les choses peut être séduisante parce que notre travail est très important.

Pour certains, le travail auprès des victimes est une sorte de « vocation », où l'on doit subir le stress en silence. Cette perception ne correspond pas à la réalité. Le traitement des victimes d'actes criminels est une entreprise difficile. Il est normal que l'on se sente parfois vidé. Le travail auprès des victimes est toutefois gratifiant. Il est normal de se sentir ému et inspiré. En tant qu'intervenants, nous devons nous rappeler qu'il faut prendre soin de nous-mêmes avant de pouvoir soigner les autres. Si nous ne tenons pas compte de nos propres besoins, nous agissons comme le fermier qui abat son arbre avec une hache émoussée : nous sommes occupés, mais nous n'allons nulle part.

### 2.3 Autres lectures sur l'autothérapie

Les activités d'autothérapie sont importantes. Le présent guide se rapporte aux victimes d'actes criminels, et non aux intervenants; c'est pourquoi la section qui précède n'est qu'un aperçu de la notion d'autothérapie. Les lecteurs intéressés qui souhaitent approfondir leurs connaissances dans le domaine de l'autothérapie chez les intervenants auprès des victimes pourront consulter les ouvrages et les sites Internet indiqués ci-dessous. L'autothérapie peut accroître la satisfaction que nous procure notre travail et nous rendre plus efficaces sur le plan personnel et professionnel. L'ouvrage suivant présente un intérêt particulier :

Richardson, J. I., *Guide sur le traumatisme vicariant : Solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*, Ottawa, Ontario, Santé Canada, 2001.

Site Internet : [www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/trauma\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/familyviolence/pdfs/trauma_f.pdf).

Les ressources suivantes sont aussi disponibles sur Internet :

The International Society for Traumatic Stress Studies : Liens et ressources intéressants (en anglais seulement) : [www.istss.org](http://www.istss.org)

Hope Morrow's Trauma Central: Plusieurs articles sur l'épuisement professionnel et le traumatisme transmis par personne interposée (en anglais seulement) :  
<http://home.earthlink.net/~hopefull/>

Dr Laurie Anne Perlman a préparé une bibliographie spécialisée :  
[www.isu.edu/~bhstamm/ts/vt.htm](http://www.isu.edu/~bhstamm/ts/vt.htm)

National Center for Post-Traumatic Stress Disorder (en anglais seulement) :  
[www.ncptsd.org](http://www.ncptsd.org)



---

Centre national d'information sur la violence dans la famille, Santé Canada :  
[www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/violencefamiliale)

## 2.4 Notions de base...

- ◆ L'autothérapie est un facteur essentiel à la qualité des services fournis.
- ◆ Pour être en mesure d'aider vraiment leurs patients, les intervenants doivent d'abord s'occuper d'eux-mêmes.
- ◆ Les intervenants peuvent devenir le parfait exemple de l'autothérapie.
- ◆ Les intervenants ont la faculté d'opter pour des stratégies d'adaptation efficaces (attaquer les problèmes directement) plutôt que médiocres (éviter, refus, travailler malgré le stress).
- ◆ Quelques exemples de méthodes d'autothérapie :
  - Auto-évaluation : observer les signes de stress et de force (Grosch et Olsen, 1994; Kottler, 1999).
  - Compter sur la collaboration des superviseurs, des supérieurs et des collègues de travail (Grosch et Olsen, 1994; Kottler, 1999).
  - Se fixer des limites, tant dans sa vie professionnelle que dans sa vie personnelle (Grosch et Olsen, 1994).
  - Adopter un mode de vie équilibrée (Grosch et Olsen, 1994).
  - Participer à des groupes de soutien, suivre des thérapies et des traitements en clinique externe, etc. (Grosch et Olsen, 1994).
  - Suivre des cours de formation et de perfectionnement professionnels.
- ◆ Faire des lectures sur l'autothérapie et mettre en pratique les conseils proposés.

... *Affûtez votre hache*

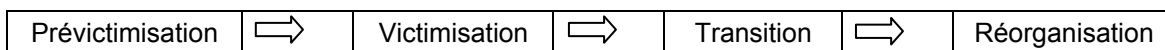


### 3.0 Un modèle de victimisation et de rétablissement

Pour comprendre l'expérience vécue par les victimes d'un acte criminel, il faut considérer la victimisation dans son ensemble, et non seulement l'acte criminel en soi. De ce point de vue, la victimisation est aussi la manière dont une victime vit le stress causé par l'acte d'un autre individu. Avant d'examiner les théories et les travaux de recherche concernant les victimes, il faut faire ici une distinction majeure : les victimes d'un acte criminel sont différentes les unes des autres. C'est là le thème principal de la présente section, qui examine comment chaque victime, à la suite d'un acte criminel, parvient à se rétablir et à reprendre une vie dite « normale ». Dans la mesure du possible, la nature particulière de chaque crime, dans le présent guide, sera mise en parallèle avec les travaux de recherche pertinents. Par contre, quand on consulte les travaux de recherche, on se rend compte que la définition de la victime et de l'acte criminel peut varier légèrement d'une étude à une autre. Le lecteur doit donc reconnaître que chaque individu prendra un chemin différent, mais aussi que la plupart des victimes éprouveront certaines choses communes durant le processus de leur victimisation. La présente section porte sur quelques-uns de ces éléments communs.

Pour comprendre ce que vivent nos patients, nous devons nous efforcer de comprendre les changements psychologiques que subissent les personnes qui ont été victimes d'un acte criminel et qui commencent à se reconnaître comme telles. Casarez-Levison (1992) a examiné plusieurs modèles de victimisation. Elle a conçu un modèle simple décrivant comment une personne faisant partie de la population générale devient une victime, puis arrive à s'en rétablir. Selon elle, les victimes passent par différents stades, soit un stade précédant le crime, le stade du crime lui-même, le stade de l'adaptation initiale et de l'accommodation et enfin le stade où le fait d'avoir été victime d'un acte criminel fait partie de leur expérience de vie (Casarez-Levison, 1992).

**Figure 1 : Le processus de la victimisation et du rétablissement (Casarez-Levison, 1992)**



#### **Avant l'acte criminel : Prévictimisation et organisation**

Avant d'être victime d'un acte criminel, l'individu mène en principe une vie normale. Il a des antécédents de vie personnels, des forces et des faiblesses, un système de soutien, des contraintes financières, etc. Son passé peut comprendre aussi des expériences de victimisation, de traumatisme et d'adaptation. Cet aspect de la question est primordial, car les recherches démontrent que les victimes d'un acte criminel ont souvent des antécédents de victimisation (Byrne, Resnick, Kilpatrick, Best et Saunders, 1999; Messman et Long, 1996; Norris, Kaniasty et Thompson, 1997; Nishith, Mechanic et Resick, 2000). Cette information est importante pour les intervenants, car la manière dont une personne s'est adaptée à une victimisation antérieure peut les aider à prévoir comment elle s'adaptera à la dernière victimisation et au traumatisme qui en découle (Casarez-Levison, 1992). Les recherches ont d'ailleurs montré qu'une réaction faible



à un traumatisme antérieur peut laisser présager que la victime aura encore une fois une réaction faible à un nouveau traumatisme (Brunet, Boyer, Weiss et Marmar, 2001).

### ***L'acte criminel : Victimisation et désorganisation***

La personne a maintenant été victime d'un acte criminel. Elle a pu se rendre compte, en arrivant à la maison, qu'elle avait été cambriolée, elle a été agressée en marchant du gymnase à la maison, etc. Ce stade peut durer quelques heures ou quelques jours, le temps qu'il faut pour comprendre ce qui est arrivé. Les recherches de Greenberg et Ruback (1992) montrent que les réflexions de la victime évoluent de la manière suivante :

- 1) Était-ce bien un crime?
- 2) Dans l'affirmative, quelle en est la gravité?
- 3) Comment vais-je vivre avec ce crime et ma victimisation?

La victime fondera ses décisions sur ses expériences passées, son niveau actuel de détresse affective et sa connaissance des options qui s'offrent à elle. Greenberg et Ruback (1992) soulignent que la victime ne choisit pas nécessairement la meilleure option, mais plutôt celle qui correspond à quelques critères minimaux (ne rien faire, porter plainte à la police, réévaluer sa situation ou chercher une solution personnelle). Ainsi, une victime de viol par une connaissance peut décider simplement « d'oublier ce crime » et de ne pas porter d'accusation parce que cette solution correspond au critère « ne plus penser à cette histoire ». De plus, comme la victime se montre à ce stade très ouverte aux avis des autres (Greenberg et Ruback, 1992), même l'auteur du crime peut exercer une influence sur sa décision. C'est pourquoi les intervenants peuvent rencontrer des victimes aux prises avec des réactions graves plusieurs semaines, plusieurs mois et même quelques années après le crime (Thompson, 2000), sans se rendre compte que les problèmes de ces personnes découlent de leur victimisation.

Comme les victimes sont souvent les personnes qui déclarent le crime, leurs décisions peuvent avoir des conséquences majeures sur la manière dont elles vivent leur détresse. Les recherches sur la dénonciation des actes criminels décrivent les différents processus décisionnels à ce stade (Greenberg et Ruback, 1992). La nature du crime et la situation de la victime ont une influence déterminante sur la décision de déclarer le crime. Par exemple, les victimes qui connaissent l'auteur du crime ont moins tendance à signaler le crime ou à obtenir de l'aide (Ullman, 1999) et c'est ce qui explique pourquoi les victimes de violence conjugale sont moins susceptibles de dénoncer ce type de crime. Les recherches démontrent en outre que les autres jugent plus sévèrement les victimes d'un viol par une connaissance que les victimes d'un viol par un étranger (Abrams, Viki, Masser et Bohner, 2003), ce qui est susceptible d'influencer la décision de la victime de signaler le crime. Ces résultats ne sont pas une surprise pour la plupart des intervenants qui viennent en aide aux victimes de violence conjugale ou d'un viol par une connaissance.

Lorsqu'une personne commence à se considérer comme la victime d'un crime, en supposant qu'elle est bel et bien une victime, elle suit un cheminement relativement particulier d'adaptation et de prise de décisions qui dépend de sa situation avant le crime (comme nous l'avons mentionné précédemment). Cependant, la victime est susceptible de se sentir menacée et impuissante et d'être confuse, en colère, indifférente ou craintive. Elle peut avoir des blessures

physiques, affectives ou morales découlant d'une dépossession quelconque et éprouver un stress traumatique. Il faut toujours se rappeler que la victime est susceptible de recourir aux aptitudes et aux habiletés qu'elle possède pour maîtriser sa situation (Casarez-Levison, 1992).

### ***Adaptation initiale : Transition et protection***

Après sa réaction initiale, la victime doit ensuite s'adapter aux conséquences à long terme de l'acte criminel. Cette adaptation peut commencer au cours des quelques semaines suivant le crime, mais aussi six à huit mois plus tard. Ce stade s'apparente au stade précédent, mais maintenant la victime entreprend le processus de réorganisation de sa vie. Elle commence aussi à donner un sens à sa victimisation (recherche de la signification). Cette recherche de la signification est souvent considérée comme une composante du traitement de l'affliction (Davis, Nolen-Hoeksema et Larson, 1998) et un élément spirituel du processus d'adaptation (Cadell, Regehr et Hemsworth, 2003) et on l'utilise dans le traitement des victimes d'actes criminels (Layne et coll., 2001). La recherche de la signification est importante pour les victimes d'un acte criminel en général (Gorman, 2001), les victimes de viol (Thompson, 2000) et le traitement de tous les types de traumatismes (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999). Elle joue souvent un rôle de première importance dans les interventions thérapeutiques (Foy, Eriksson et Trice, 2001).

C'est à ce stade que la victime peut avoir le plus besoin d'aide, de la part de ses amis et des membres de sa famille ou de spécialistes. Le soutien apporté par les autres peut aider la victime à mieux gérer son stress, à obtenir de l'information et à faciliter ses efforts d'adaptation. Le respect, la sincérité et la confiance permettent de développer l'engagement affectif, une condition essentielle à une bonne relation d'aide. Les patients qui s'engagent sur le plan affectif retrouvent plus rapidement leur équilibre (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001). Pour être honnêtes avec leurs patients, les intervenants doivent bien leur faire comprendre que le traitement peut aggraver leur cas avant de l'améliorer (Nishith, Resick et Griffin, 2002). Les intervenants doivent également détecter toute stratégie d'adaptation mauvaise, comme la drogue ou la consommation excessive d'alcool, la détérioration des relations personnelles, l'isolement progressif et le retrait (Casarez-Levison, 1992). Ils doivent en outre se rappeler que certaines victimes peuvent sembler prendre du mieux alors que sous des apparences calmes se cachent des problèmes graves.

Compte tenu de tout ce qui précède, les intervenants doivent se méfier du « traumatisme préjugé », qui suppose que toutes les victimes d'un acte criminel sont nécessairement traumatisées, alors que ce n'est pas toujours le cas (Nelson, Wangsgaard, Yorgason, Higgins Kessler et Carter-Vassol, 2002). Les intervenants doivent se rappeler que certaines victimes peuvent dissimuler leur traumatisme tandis que d'autres s'adaptent bien à leur situation. Respecter la victime signifie que vous devez la croire quand elle évalue elle-même sa situation personnelle intérieure. Vous pouvez toujours apporter à votre patient l'aide et l'information dont il a besoin (Nelson et coll., 2002). L'objet de votre travail à ce stade consiste à encourager les mécanismes positifs d'adaptation, qui aident l'individu à réorganiser sa vie et à avancer. Si toutefois le traitement n'est pas bien adapté, la victime risque de ne pas parvenir vraiment au stade final d'adaptation et peut même sombrer dans un état d'épuisement total (Casarez-Levison, 1992).



### **Aller de l'avant : Réorganisation et résolution du problème**

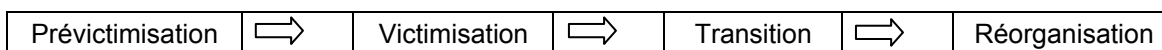
À ce stade, la victime reconstruit sa personnalité et redevient un individu stable capable de bien fonctionner et d'entretenir des relations normales. Dans les meilleurs cas, ce stade peut survenir après six à douze mois; dans les pires cas, le processus peut prendre plusieurs années (Casarez-Levison, 1992). La plupart des gens vont ressentir des sentiments de déni et d'acceptation de leur expérience. Souvent, les intervenants constatent que les victimes se demandent si le monde qui les entoure est sûr, s'interrogent sur leur nouveau rôle de « survivant » et font des liens entre leurs nouvelles expériences et leurs caractéristiques avant la victimisation. Les intervenants et les victimes doivent bien comprendre que ce processus de reconstruction ne signifie pas que la victime doit revenir dans « le passé » comme si le crime n'avait pas eu lieu. La victimisation change la manière dont l'individu se perçoit et perçoit le monde et il est très improbable qu'il puisse revenir à son « état normal avant le crime » (Norris et coll., 1997). La victime doit comprendre que le crime s'est produit et l'intégrer à sa compréhension du monde. Les intervenants doivent s'attaquer le plus tôt possible aux réactions négatives, comme la consommation de drogue et les problèmes de santé mentale, car ces comportements retardent les progrès de la victime (Casarez-Levison, 1992). Pour lutter contre ces réactions négatives, il faut enseigner à la victime des techniques d'adaptation différentes et plus efficaces.

Terminons sur une note positive en rappelant que les recherches sur les victimes d'agressions sexuelles démontrent que les interventions semblent encore utiles aux victimes même plusieurs années après la victimisation (Resick, Nishith, Weaver, Astin et Feuer, 2002).

### **3.1 Notions de base...**

- ◆ Pour Casarez-Levison (1992), la victimisation est un processus qui compte quatre étapes, soit l'état de la victime avant le crime (prévictimisation), l'acte criminel proprement dit (victimisation), l'adaptation initiale (transition) et finalement un état où le fait d'avoir été victime d'un acte criminel fait partie de l'expérience de vie de la personne (résolution du problème).

**Figure 1 : Le processus de la victimisation et du rétablissement (Casarez-Levison, 1992)**



- ◆ La victime ne revient pas à l'état dans lequel elle se trouvait avant le crime – elle doit trouver une signification au crime et à ses conséquences et assimiler le crime à son expérience de la vie (Norris et coll., 1997).
- ◆ Les intervenants doivent bien faire comprendre aux victimes que le traitement peut aggraver leur cas avant de l'améliorer (Nishith, Resick et Griffin, 2002).

- ◆ Les intervenants doivent également détecter toute stratégie d'adaptation mauvaise, comme la drogue ou la consommation excessive d'alcool, la détérioration des relations personnelles, l'isolement progressif et le retrait (Casarez-Levison, 1992). Pour lutter contre ces réactions négatives sans délai, il faut enseigner à la victime des techniques d'adaptation différentes et plus efficaces.
- ◆ Les interventions semblent encore utiles aux victimes même plusieurs années après la victimisation (Resick, Nishith, Weaver, Astin et Feuer, 2002).
- ◆ Les intervenants doivent se méfier du « traumatisme préjugé », qui suppose que toutes les victimes d'un acte criminel sont nécessairement traumatisées, alors que ce n'est pas toujours le cas (Nelson, Wangsgaard, Yorgason, Higgins Kessler et Carter-Vassol, 2002).

## 4.0 Réactions habituelles des victimes d'un crime

Il est utile de connaître les réactions habituelles que peuvent éprouver les victimes d'un acte criminel. Rappelons que chaque victime aura son propre cheminement vers le rétablissement, mais les intervenants doivent connaître les réactions habituelles des victimes afin de les aider dans cette voie. Environ 25 p. 100 des victimes de crimes avec violence ont manifesté des degrés extrêmes de détresse, comme la dépression, l'hostilité et l'anxiété (Norris et coll., 1997). De plus, 22 à 27 p. 100 ont fait état de problèmes modérés ou graves. Cela signifie qu'environ 50 p. 100 des victimes de crimes avec violence souffrent de détresse modérée ou extrême. Pour aider les intervenants à comprendre les divers types de réactions qu'ils peuvent observer chez les victimes, le tableau 1 présente les réactions que les chercheurs et les théoriciens ont eux-mêmes observées chez les victimes d'actes criminels. Il peut arriver aussi que les intervenants observent ces réactions chez les amis et les membres de la famille des victimes. L'acte criminel a des répercussions non seulement sur la victime, mais aussi sur ses amis et les membres de sa famille, à l'école, dans son milieu de travail et dans la collectivité en général (Burlingame et Layne, 2001).

<b>Humeur et émotions</b>	<b>Vie sociale</b>	<b>Pensées et souvenirs</b>	<b>Physique</b>
Peur, phobies <sup>1, 3, 4, 5</sup> Colère, hostilité <sup>1, 2, 3, 4, 7</sup> Embarras <sup>1</sup> Anxiété <sup>2, 5, 7</sup> Dépression <sup>2, 4, 6</sup> Affliction <sup>1, 2, 4</sup> Culpabilité, honte <sup>4, 5, 6</sup> Émotions difficiles à maîtriser <sup>4</sup> Apathie <sup>5</sup> Faible estime de soi <sup>7</sup>	Changement des relations avec les autres <sup>2, 6</sup> Évitement <sup>5, 7</sup> Aliénation <sup>5</sup>	Souvenirs envahissants <sup>2</sup> Faible autoefficacité <sup>2</sup> Vigilance <sup>2</sup> Rappels de l'événement <sup>5</sup> Confusion, manque de concentration <sup>4, 5</sup> Dissociation <sup>4</sup>	Nausées <sup>1</sup> Problèmes digestifs <sup>1</sup> Tension musculaire <sup>1</sup> Troubles du sommeil <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Casarez-Levison (1992)

<sup>2</sup> Everly et coll., (2000)

<sup>3</sup> Greenberg et Ruback (1992)

<sup>4</sup> Leahy, Pretty et Tenenbaum (2003)

<sup>5</sup> Mezy (1988)

<sup>6</sup> Nishith, Resick et Griffin (2002)

<sup>7</sup> Norris et coll., (1997)

Soulignons ici que la réaction de colère est une question plus complexe qu'elle ne paraît à première vue. Les chercheurs font souvent un lien entre la colère et les crimes contre les biens ainsi qu'entre la peur et les crimes avec violence (Greenberg et Ruback, 1992).

Fondamentalement, la colère est toutefois la réaction d'une personne qui se sent privée d'une chose qu'elle a l'impression de mériter. Dans le cas d'un acte criminel, la victime a été privée de ses sentiments de sécurité et d'équité, de sa foi en un monde juste, etc. C'est pourquoi la colère peut être une réaction raisonnable à tout type de crime. Dans la vie, la colère peut agir comme

facteur de changement. Greenberg et Ruback (1992) soulignent qu'un grand nombre de victimes ont des fantasmes de vengeance ou de justice. Si ces fantasmes sont associés à des résultats positifs (par exemple si l'auteur du crime est arrêté), il y a plus de chances que la victime passe à l'action. C'est pourquoi ce qu'on appelle la « juste colère » peut aider l'individu à progresser et lui donner l'énergie nécessaire pour supporter l'épreuve du système de justice pénale ou solliciter de l'aide. De ce point de vue, les programmes de maîtrise de la colère peuvent nuire au rétablissement des victimes.

Cela étant dit, les intervenants doivent prendre soin de ne pas confondre la colère et la prise en main personnelle. La colère, si elle n'est pas gérée correctement, peut causer un tort considérable à la victime. Chaque victime doit être considérée comme un individu. L'intervenant doit l'aider à apprendre comment maîtriser toutes ses émotions de manière à pouvoir surmonter ses difficultés tout en demeurant saine. C'est ainsi que la victime pourra faire des progrès et réorganiser sa vie. Tous les intervenants, quelle que soit leur formation, devraient se demander s'ils sont en mesure d'aider les victimes dans ce domaine. S'ils en sont incapables, ils doivent adresser les victimes à d'autres spécialistes.

#### **4.1 Gravité de la réaction**

Les intervenants peuvent être dépassés par les réactions graves. À mesure qu'elles s'atténuent, elles ne deviennent pas nécessairement plus faciles pour la victime. Ce paradoxe constitue un problème pour les intervenants et les victimes. Les travaux de Norris et coll. (1997) montrent que la violence qui accompagne un crime augmente la gravité de la réaction; les victimes de crimes sans violence, cependant, craignent elles aussi pour leur sécurité et peuvent éprouver des symptômes psychologiques aggravés. Même s'il n'y a pas de modèle général établi d'après les types de victimes, toutes les victimes d'actes criminels éprouvent de la détresse. La conclusion générale suivant laquelle plus le crime est violent plus la réaction est grave fournit à l'intervenant un indice sur la manière dont il doit traiter ses patients. C'est pourquoi aussi il faut accorder une attention particulière à une victime d'un crime avec violence qui dit n'éprouver aucune détresse. Cette affirmation doit être mise dans la perspective de ses facultés d'adaptation, de son comportement actuel et de son expérience de la vie. L'intervenant doit aider son patient à comprendre son niveau de détresse et de quelle manière le crime a transformé sa vie.

La victime demeure la meilleure source d'information sur ce qui se passe dans sa vie. La recherche démontre qu'environ 50 p. 100 des victimes d'un crime avec violence éprouvent un sentiment de détresse allant de modérée à grave (Norris et coll., 1997). Cela signifie aussi qu'environ 50 p. 100 des victimes n'éprouvent pas un sentiment de détresse aussi profond. Les travaux de recherche sur les victimes d'agressions sexuelles montrent que leurs réactions sont plus graves et qu'il leur faut plus de temps pour se remettre comparativement aux victimes d'agressions non sexuelles (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001). Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et le degré d'anxiété étaient similaires dans ces deux groupes, mais le degré de dépression était plus élevé dans le groupe des victimes d'agressions sexuelles.

Gilboa-Schechtman et Foa (2001) ont aussi examiné les « réactions limites », qui peuvent avoir de l'importance pour les intervenants. Ce terme désigne le stade où les symptômes qu'éprouve une victime sont les plus vifs. Ces chercheurs ont constaté que plus la réaction limite tarde à se



manifester chez un individu, plus les symptômes qu'il éprouve sont intenses. En d'autres termes, les victimes qui éprouvent les symptômes les plus intenses peu de temps après l'agression éprouvent aussi le degré de dépression le plus faible et sont le moins atteintes du SSPT. Les intervenants doivent donc surveiller avec soin les symptômes des victimes et porter une attention particulière à celles qui éprouvent des symptômes intenses longtemps après le crime. Ces patients ont souvent intérêt à suivre un traitement plus intensif sous la direction de spécialistes de la santé mentale.

Les intervenants doivent retenir de cette recherche qu'en raison de l'expérience unique de certaines personnes l'individualisation du traitement est extrêmement importante. Par conséquent, même dans le cas d'un traitement donné en groupe, les intervenants doivent assurer un suivi de chacun des patients, et non seulement de ceux qui semblent éprouver des problèmes au cours d'une séance en particulier.

Fort heureusement, les interventions en groupe peuvent s'avérer utiles parce que toutes les victimes ont une réaction quelconque au crime et à ses effets. Les intervenants doivent toutefois prendre garde de mêler les patients ayant des réactions extrêmement graves à ceux qui ont des réactions plus faibles. L'un ou l'autre de ces deux groupes pourrait subir les effets négatifs de la comparaison sociale (Greenberg et Ruback, 1992). Les patients ayant les réactions les plus graves pourraient se sentir les plus « forts », tandis que ceux qui ont des réactions plus faibles pourraient craindre que leur cas s'aggrave. Il n'est pas toujours possible de former des groupes de patients en fonction du degré de gravité de leurs réactions. Les intervenants doivent tenir compte de ce problème et faire en sorte que les victimes comprennent bien que la réaction à la victimisation est un phénomène **très** individuel. Dans une thérapie de groupe, il est important aussi de rappeler que les victimes peuvent toutes s'apprendre quelque chose mutuellement.

Voici une dernière remarque concernant la gravité des réactions. Dans une étude à grande échelle, Pimlott-Kubiak et Cortina (2003) se sont intéressés aux rapports entre les antécédents d'agression et le sexe. Dans leur échantillon composé de 16 000 sujets (8 000 femmes et 8 000 hommes), ils ont constaté que la plupart des hommes et des femmes disaient n'avoir jamais été victimes d'une agression. Parmi les sujets ayant été victimes d'une agression, deux groupes comptaient plus de 90 p. 100 de femmes, toutes victimes d'agressions sexuelles : 1) celles qui avaient été principalement victimes d'agressions sexuelles et 2) celles qui avaient été victimes d'actes de violence répétés incluant des agressions sexuelles. Dans ces deux groupes, les réactions étaient généralement graves. Cette recherche confirme que les intervenants rencontrent généralement des femmes dans le cadre de leur pratique quotidienne. Les hommes appartenaient la plupart du temps à la catégorie de ceux qui avaient été victimes de violence physique dans leur enfance (67 p. 100 d'hommes) et d'actes de violence répétés excluant les agressions sexuelles (66 p. 100 d'hommes) (Pimlott-Kubiak et Cortina, 2003). Même si toute bonne évaluation exige que l'on pose des questions sur un large éventail de sujets, les intervenants qui s'occupent des femmes doivent leur demander si elles ont été victimes d'une agression sexuelle unique ou d'agressions sexuelles répétées. Avec les hommes, les intervenants doivent plutôt recueillir des renseignements sur les actes de violence physique subis dans l'enfance et sur les actes de violence répétés. Les résultats de cette étude nous rappellent que nous ne devons pas nous limiter aux actes criminels en soi; nous devons poser des questions sur les antécédents de traumatisme et utiliser cette information dans nos interventions.



### **Adaptation des interventions aux patients**

Si nous devons nous intéresser à la gravité des réactions, c'est principalement pour trouver le meilleur moyen d'aider les victimes à réorganiser leur vie. Pour certaines victimes, des interventions relativement mineures, comme la communication d'information, peuvent être le plus utiles. D'autres, qui ont des réactions plus graves, peuvent avoir besoin d'un soutien plus énergique, comme celui que peut apporter un groupe d'entraide. Enfin, certains patients aux prises avec des réactions graves doivent être adressés à des spécialistes de la santé mentale ou même hospitalisés. Il ne serait pas normal de donner simplement de l'information à une victime qui éprouve une détresse profonde, comme il ne serait pas normal non plus de conseiller une thérapie à une victime qui s'adapte bien à sa situation. Le tableau 2 propose un modèle qui aidera les intervenants à réfléchir à ces questions. Ce qu'il faut surtout retenir, c'est que les victimes d'actes criminels constituent un groupe diversifié d'individus qui ont des besoins diversifiés. Cette diversité exige que l'intervenant s'adapte à chaque victime et lui fournisse les services qui correspondent le mieux à ses besoins.

<b>Tableau 2 : Types de services selon la gravité de l'état : Proposition d'un modèle</b>		
<b>Niveau des besoins</b>	<b>Description</b>	<b>Options de services possibles</b>
Faible	La victime se rétablit bien; elle éprouve peu de symptômes, qu'elle maîtrise facilement grâce à ses habiletés d'adaptation naturelles et à son réseau de soutien social. Il se peut que le crime n'ait pas été grave ou que la victime dispose de plusieurs moyens d'adaptation.	Services élémentaires : information, documentation écrite, brochures sur les types de soutiens disponibles et renseignements sur les signes de problèmes plus graves. Ces services peuvent aussi être utiles aux victimes qui ne croient pas avoir de problèmes, mais qui s'efforcent de cacher leur douleur.
Modéré	La victime éprouve quelques symptômes et doit améliorer ses habiletés d'adaptation ou a besoin de partager des émotions trop accablantes. Généralement, ces victimes se rétablissent bien, mais sont très éprouvées par la victimisation.	Groupes d'entraide dirigés par d'autres victimes, soutien fourni par des bénévoles et du personnel paraprofessionnel. La victime peut avoir besoin des services d'un spécialiste, mais seulement pour une courte période.
Élevé	La victime éprouve de nombreux symptômes et ses habiletés d'adaptation sont médiocres. Elle est dépassée par les conséquences de la victimisation et ses soutiens sont peu nombreux. Elle a pu subir un traumatisme grave. Elle souffre probablement de problèmes multiples et a pu subir plusieurs actes criminels.	La victime a besoin d'une thérapie dirigée par un spécialiste, comme une thérapie individuelle ou de groupe de longue durée. L'hospitalisation peut même être nécessaire pour stabiliser son état.

### **Victimisation secondaire**

La victimisation secondaire est liée à la gravité des réactions, qui peut empirer une situation déjà difficile. Essentiellement, la victimisation secondaire se produit lorsqu'une victime a des contacts avec des spécialistes et du personnel paraprofessionnel et se trouve traumatisée encore davantage par leur attitude. Cette victimisation peut se manifester par exemple quand la victime doit répéter le récit du crime, a le sentiment d'être traitée injustement ou a l'impression, devant le comportement des autres, qu'on ne l'écoute pas ou qu'on ne la croit pas. Il faut souligner ici que les victimes se sentent davantage en contact avec les autres quand elles considèrent que les policiers ont été « bienveillants » (Norris et coll., 1997). Par contre, les expériences négatives avec des spécialistes aggravent les symptômes du stress post-traumatique (Campbell, Sefl, Barnes, Ahrens, Wasco et Zaragoza-Diesfeld, 1999). Fort heureusement, les victimes qui ont reçu des soins de santé mentale après avoir vécu de telles expériences négatives ont vu leur détresse diminuer (Campbell et coll., 1999).

## **4.2 Victimisation antérieure**

Les recherches ont montré que certaines personnes sont victimes d'actes criminels à répétition durant toute leur vie (Byrne et coll., 1999; Messman et Long, 1996; Norris et coll., 1997; Nishith et coll., 2000). La revictimisation empêche la victime de bien se rétablir du traumatisme déjà subi. De plus, la victimisation antérieure a une influence sur la manière dont la victime tente de s'adapter à un nouveau traumatisme. En effet, la victimisation répétée interrompt le processus normal de rétablissement de l'individu. Norris et coll. (1997) soulignent que l'acte criminel remet en question la perception qu'a la victime d'elle-même et du monde qui l'entoure. Plusieurs études ont montré que la victimisation antérieure était un prédicteur très fort, voire le plus fort, de la victimisation subséquente (Byrne et coll., 1999; Messman et Long, 1996; Norris et coll., 1997; Nishith et coll., 2000). La victimisation antérieure semble aussi influencer sur la manière dont la victime réagit à la victimisation subséquente, peut-être en raison d'une faible estime de soi, d'un sentiment d'impuissance acquise, de choix et de qualités relationnels médiocres, de la difficulté à déceler les situations à risque ou de la pauvreté (Byrne et coll., 1999; Messman et Long, 1996; Nishith et coll., 2000).

En outre, les victimes qui ont eu une très mauvaise réaction à la suite d'un traumatisme antérieur sont susceptibles d'avoir une mauvaise réaction à un nouveau traumatisme (Brunet et coll., 2001). Fondamentalement, la revictimisation nuit au cheminement de la victime qui tente de réorganiser sa personnalité et sa vie. Les intervenants doivent donc interroger leurs patients à propos de traumatismes antérieurs, liés ou non à des actes criminels. De plus, en posant aux victimes des questions sur la manière dont elles gèrent habituellement les situations stressantes, les intervenants devraient mieux prévoir comment celles-ci réagiront au traumatisme récent.

## **4.3 Diagnostics courants chez les victimes d'actes criminels**

Les intervenants devraient avoir une connaissance de base des termes diagnostiques qu'ils peuvent trouver dans les dossiers ou entendre quand ils discutent avec des spécialistes de la santé mentale. Les diagnostics qui se rapportent habituellement à la victimisation comprennent l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et la dépression (les définitions sont données aux figures 1 et 2). Les chercheurs ont constaté que ces problèmes pouvaient aussi se

manifester chez les victimes de violence en milieu de travail (Rogers et Kelloway, 2000), de harcèlement criminel (Pimlott-Kubiak et Cortina, 2003), d'agression sexuelle (Byrne et coll., 1999), d'agression sexuelle dans l'enfance (Merrill, Thomsen, Sinclair, Gold et Milner, 2001), de crime avec violence (Byrne et coll., 1999), de violence liée aux gangs (Ovaert, Cashel et Sewell, 2003) et de violence conjugale (Wolkenstein et Sterman, 1998). Le SSPT est souvent considéré en rapport avec la victimisation, particulièrement quand la violence est présente (Byrne et coll., 1999). Plusieurs chercheurs ont constaté que des traitements permettaient d'atténuer les symptômes du SSPT. Les traitements fructueux comprennent notamment la possibilité pour la victime de faire le récit de son traumatisme et de recourir à de nouvelles aptitudes pour gérer ses pensées et ses sentiments (Bryant, Moulds, Guthrie, Dang et Nixon, 2003; Nishith et coll., 2002).

**Figure 2: Anxiété et syndrome de stress post-traumatique (SSPT)**

Quand on étudie les rapports entre le SSPT et l'anxiété, il faut se rappeler que le SSPT est une forme particulière d'anxiété. La peur et l'anxiété peuvent prendre la forme d'une crainte intense ressentie dans certaines situations ou certains lieux publics, de crises de panique, de peurs en général, d'anxiété et du SSPT.

La plupart des troubles liés à l'anxiété se manifestent par des symptômes comme :

1. la peur, la détresse, les soucis,
2. sur le plan physique, la transpiration, des tremblements, de la difficulté à respirer, des nausées, des douleurs à la poitrine, des étourdissements, etc.,
3. des modifications du comportement, comme l'évitement et les rituels, et
4. divers comportements destinés à réduire le stress (American Psychiatric Association, 1994).

Le SSPT se manifeste après un événement traumatisant et ses symptômes sont liés à l'anxiété, comme :

1. la peur,
2. le sentiment d'impuissance,
3. des souvenirs envahissants et récurrents,
4. des rêves angoissants,
5. des retours sur l'événement,
6. une détresse profonde,
7. la réactivité physiologique,
8. l'évitement, la suppression de pensées et de sentiments, et
9. d'autres symptômes particuliers comme les troubles du sommeil, l'irritabilité, les accès de colère, le manque de concentration, l'hypervigilance et la réaction exagérée à la surprise (American Psychiatric Association, 1994).

Dempsey (2002) a constaté que les actes criminels avec violence et les mécanismes d'adaptation négatifs étaient des prédicteurs du SSPT, de l'anxiété et de la dépression à des degrés divers. Daley, Hammen et Rao (2000) ont observé pour leur part qu'un plus grand nombre d'agents stressants chroniques, comme le stress ressenti par une victime de violence conjugale, sont plus susceptibles de la mener à l'épuisement. D'autre part, un stress intense, comme un épisode unique d'agression par un inconnu, peut aggraver un état dépressif. Dans une étude portant sur des adolescents victimes d'actes de violence, Kilpatrick, Ruggiero, Acierno, Saunders, Resnick et Best (2003) ont constaté que près de 75 p. 100 des adolescents atteints du SSPT avaient aussi



un problème de consommation de drogue ou souffraient d'un état dépressif. Gilboa-Schechtman et Foa (2001) ont observé que les victimes d'agressions sexuelles, comparativement aux victimes d'agressions non sexuelles, étaient plus susceptibles de souffrir de dépression. Selon ces chercheurs, l'anxiété et le SSPT sont communs à tous les traumatismes tandis que la dépression est caractéristique de certains types de traumatismes seulement (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001).

### Figure 3 : La dépression

Les symptômes de la dépression peuvent comprendre :

1. la morosité,
2. la perte de poids et d'appétit,
3. l'insomnie,
4. le manque d'énergie,
5. le blâme de soi et la culpabilité,
6. le sentiment d'être inutile et le désespoir,
7. la difficulté de se concentrer, et
8. des pensées morbides (American Psychiatric Association, 1994).

Quand on étudie le SSPT, on se demande souvent pourquoi certains individus en sont atteints alors que d'autres ne le sont pas. Il a été démontré que les facteurs suivants augmentent le risque d'apparition du SSPT :

- Les facteurs liés à un traumatisme ou à un acte criminel (par exemple la gravité du traumatisme provoqué par une agression sexuelle) (Brewin, Andrews et Valentine, 2000; Gilboa-Schechtman et Foa, 2001; Ozer, Best, Lipsey et Weiss, 2003);
- Le manque de soutien social (Brewin et coll., 2000; Ozer et coll., 2003);
- Les autres stress de la vie (Brewin et coll., 2000; Ozer et coll., 2003);
- La manifestation antérieure du SSPT (Brunet et coll., 2001; Ozer et coll., 2003);
- La dissociation pendant la perpétration du crime ou immédiatement après (Ozer et coll., 2003).

Les recherches font état d'un lien moindre entre l'apparition du SSPT et les facteurs suivants :

- Un traumatisme antérieur (Brewin et coll., 2000; Ozer et coll., 2003);
- Des antécédents psychiatriques personnels (Brewin et coll., 2000; Ozer et coll., 2003), la dépression en particulier (Ozer et coll., 2003);
- Des antécédents psychiatriques familiaux (Brewin et coll., 2000; Ozer et coll., 2003);
- Des antécédents d'agression dans l'enfance (Brewin et coll., 2000);
- L'éducation (Brewin et coll., 2000);
- Des difficultés d'ordre général dans l'enfance (Brewin et coll., 2000);
- Le sexe (Brewin et coll., 2000);
- L'âge au moment du traumatisme (Brewin et coll., 2000);
- La race (Brewin et coll., 2000).

Fort heureusement, les spécialistes de la santé mentale peuvent venir en aide aux patients qui éprouvent de tels troubles. Les traitements médicaux et psychologiques peuvent s'avérer efficaces. Les chercheurs collaborent avec les cliniciens dans le but de concevoir les meilleurs traitements. Ainsi, le traitement du SSPT comprend souvent un élément d'exposition où le sujet doit affronter psychologiquement sa peur et son anxiété (Bryant et coll., 2003; Nishith et coll., 2002). Les intervenants qui n'ont pas reçu de formation dans ce domaine doivent se rappeler qu'il est important de consulter des spécialistes de la santé mentale et de leur adresser les patients, au besoin.

#### **4.4 Quand dois-je adresser un patient à un spécialiste de la santé mentale?**

Les intervenant du domaine de la santé mentale peuvent venir en aide aux patients les plus difficiles. Cependant, même si beaucoup de victimes peuvent tirer profit des services traditionnels, certaines d'entre elles ont parfois besoin d'un traitement plus intensif donné par des spécialistes du domaine de la santé mentale. C'est le cas des victimes qui sont atteintes d'une maladie mentale, qui éprouvent une réaction grave au stress, qui ont des antécédents de vie complexes ou qui sont aux prises avec d'autres types de problèmes. Comme le souligne Lawson (2001), la plupart des spécialistes ont reçu la formation nécessaire pour comprendre les différents types d'agressions et peuvent aider leurs patients à maîtriser leurs émotions, à acquérir de nouvelles aptitudes, à résoudre leurs problèmes et à planifier. Les spécialistes peuvent en outre aider les victimes à entrer en contact avec les services de soutien social et secondar les soutiens naturels. En résumé, les spécialistes peuvent aider leurs patients à se rétablir (Gorman, 2001).

Norris et coll. (1997) ont constaté qu'environ 12 p. 100 des victimes recevaient des soins de santé mentale. La plupart de ces patients avaient été victimes d'un crime avec violence. Les chercheurs ont observé que la violence et la dépression étaient les prédicteurs les plus importants du besoin d'aide. Ils ont constaté aussi que l'aide des spécialistes était efficace seulement si elle était prompte et suivie (Norris et coll., 1997).

Pour faire un travail efficace comme intervenant, il est important que vous connaissiez vos limites. Pour cela, vous devez consulter vos supérieurs et vos collègues de travail. De même, il n'y a pas de règles précises pour déterminer quand vous devez diriger un patient vers des services plus spécialisés. Cependant, certains facteurs peuvent vous indiquer qu'il serait préférable pour votre patient de faire appel à un autre spécialiste. Cela ne signifie pas que vous devez cesser de traiter ce patient, mais plutôt que vous devez vous demander si vous avez besoin d'aide. Voici quelques-uns de ces facteurs :

1. Quand vous pensez que le patient souffre de dépression, d'anxiété, du SSPT, de dissociation continue ou d'autres problèmes de santé mentale;
2. Quand la possibilité d'un suicide existe.
3. Quand certaines émotions intenses (colère, tristesse, affliction) dépassent les limites de vos compétences ou de vos ressources.
4. Quand le patient s'entête et ne semble pas motivé.
5. Quand le patient ne semble pas bénéficier beaucoup de sa participation aux groupes d'entraide ou des autres interventions.



6. Quand la situation du patient ne semble pas s'améliorer malgré ses efforts et sa motivation.
7. Quand le patient a de lourds antécédents complexes de victimisation ou d'agression.
8. Quand le patient a de lourds antécédents de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.

Les intervenants qui travaillent dans des régions plus éloignées devraient communiquer avec les spécialistes locaux de la santé afin de connaître les meilleurs moyens de répondre aux besoins des victimes en général. De tels partenariats peuvent s'avérer très utiles pour obtenir de l'information nouvelle et du soutien professionnel. Pour recevoir des conseils ou faire superviser leur travail, les intervenants en régions éloignées peuvent aussi recourir aux consultations à distance, à l'aide du téléphone, du courrier électronique ou des vidéoconférences. Les systèmes de télémédecine peuvent aussi servir à l'exécution de la thérapie, alors que les soutiens locaux s'occupent de la victime et peuvent participer à la thérapie en collaboration avec un spécialiste établi ailleurs. Il est aussi possible d'inviter des spécialistes à venir animer des ateliers, faire de la supervision ou donner des traitements d'urgence. Les intervenants doivent surtout être très prudents lorsqu'ils analysent en profondeur sans supervision les problèmes complexes des victimes. Cette situation est parfois inévitable, par exemple lorsque la victime est disposée à s'attaquer à de tels problèmes. Lorsqu'une situation dépasse les limites de sa compétence, l'intervenant doit absolument consulter d'autres spécialistes. Le respect du patient et des principes de déontologie exige que l'intervenant reconnaisse ses propres limites.

## **4.5 Notions de base...**

### **Réactions**

- ◆ Les intervenants peuvent observer des réactions communes chez les patients victimes d'actes criminels. Ces réactions sont normales, mais peuvent aussi signifier que la victime a besoin d'aide pour surmonter son épreuve. Le tableau 1 présente quelques réactions courantes étudiées par les chercheurs.
- ◆ La colère est une émotion difficile pour la victime, les soutiens et les intervenants. Il faut prendre bien soin de traiter cette émotion correctement (Greenberg et Ruback, 1992). L'intervenant doit se rappeler que la colère est une réaction naturelle à la victimisation, mais qu'elle peut aussi nuire au rétablissement de la victime. Il n'y a pas de méthode facile pour traiter la colère; votre formation, votre jugement et votre empathie sont les meilleurs moyens dont vous disposez pour déterminer comment aider une victime qui éprouve de la colère. La supervision et la consultation vous seront très utiles pour comprendre votre propre réaction à la colère et aux autres émotions.

**Tableau 1 : Réactions courantes des victimes d'actes criminels**

Humeur et émotions	Vie sociale	Pensées et souvenirs	Physique
Peur, phobies <sup>1, 3, 4, 5</sup> Colère, hostilité <sup>1, 2, 3, 4, 7</sup> Embarras <sup>1</sup> Anxiété <sup>2, 5, 7</sup> Dépression <sup>2, 4, 6</sup> Affliction <sup>1, 2, 4</sup> Culpabilité, honte <sup>4, 5, 6</sup> Émotions difficiles à maîtriser <sup>4</sup> Apathie <sup>5</sup> Faible estime de soi <sup>7</sup>	Changement des relations avec les autres <sup>2, 6</sup> Évitement <sup>5, 7</sup> Aliénation <sup>5</sup>	Souvenirs envahissants <sup>2</sup> Faible autoefficacité <sup>2</sup> Vigilance <sup>2</sup> Rappels de l'événement <sup>5</sup> Confusion, manque de concentration <sup>4, 5</sup> Dissociation <sup>4</sup>	Nausées <sup>1</sup> Problèmes digestifs <sup>1</sup> Tension musculaire <sup>1</sup> Troubles du sommeil <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Casarez-Levison (1992)

<sup>2</sup> Everly et coll., (2000)

<sup>3</sup> Greenberg et Ruback (1992)

<sup>4</sup> Leahy, Pretty et Tenenbaum (2003)

<sup>5</sup> Mezy (1988)

<sup>6</sup> Nishith, Resick et Griffin (2002)

<sup>7</sup> Norris et coll., (1997)

### Gravité de la réaction

- ◆ Toutes les victimes d'actes criminels éprouvent par la suite de la détresse (Norris et coll., 1997).
- ◆ Les recherches démontrent que la violence qui accompagne l'acte criminel rend plus grave la réaction des victimes et qu'environ 50 p. 100 des victimes d'un crime avec violence éprouvent un sentiment de détresse allant de modérée à grave (Norris et coll., 1997).
- ◆ Les victimes d'agressions sexuelles ont des réactions plus graves et il leur faut plus de temps pour se remettre comparativement aux victimes d'agressions non sexuelles (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001).
- ◆ Les intervenants doivent être prudents quand ils forment des groupes réunissant des patients ayant des réactions graves et des patients qui ont des réactions plus faibles. La comparaison sociale (se sentir mieux ou pire) avec les autres membres du groupe peut nuire au traitement si elle n'est pas correctement encadrée (Greenberg et Ruback, 1992).
- ◆ Pour le bien de leurs patients, les intervenants doivent s'efforcer d'adapter le mieux possible les traitements à leurs besoins individuels (voir le tableau 2).



Tableau 2 : Types de services selon la gravité de l'état : Proposition d'un modèle		
Niveau des besoins	Description	Options de services possibles
Faible	La victime se rétablit bien; elle éprouve peu de symptômes, qu'elle maîtrise facilement grâce à ses habiletés d'adaptation naturelles et à son réseau de soutien social. Il se peut que le crime n'ait pas été grave ou que la victime dispose de plusieurs moyens d'adaptation.	Services élémentaires : information, documentation écrite, brochures sur les types de soutiens disponibles et renseignements sur les signes de problèmes plus graves. Ces services peuvent aussi être utiles aux victimes qui ne croient pas avoir de problèmes, mais qui s'efforcent de cacher leur douleur.
Modéré	La victime éprouve quelques symptômes et doit améliorer ses habiletés d'adaptation ou a besoin de partager des émotions trop accablantes. Généralement, ces victimes se rétablissent bien, mais sont très éprouvées par la victimisation.	Groupes d'entraide dirigés par d'autres victimes, soutien fourni par des bénévoles et du personnel paraprofessionnel. La victime peut avoir besoin des services d'un spécialiste, mais seulement pour une courte période.
Élevé	La victime éprouve de nombreux symptômes et ses habiletés d'adaptation sont médiocres. Elle est dépassée par les conséquences de la victimisation et ses soutiens sont peu nombreux. Elle a pu subir un traumatisme grave. Elle souffre probablement de problèmes multiples et a pu subir plusieurs actes criminels.	La victime a besoin d'une thérapie dirigée par un spécialiste, comme une thérapie individuelle ou de groupe de longue durée. L'hospitalisation peut même être nécessaire pour stabiliser son état.

- ◆ Les femmes risquent d'éprouver des réactions plus graves parce qu'elles sont plus susceptibles que les hommes d'être victimes d'agressions sexuelles ou d'actes criminels répétés (y compris les agressions sexuelles) (Pimlott-Kubiak et Cortina, 2003).
- ◆ Les spécialistes doivent prendre garde de ne pas aggraver la détresse des victimes (victimisation secondaire) en n'étant pas assez sensibles à leur état d'esprit (Campbell, Sefl, Barnes, Ahrens, Wasco et Zaragoza-Diesfeld, 1999).

### Victimisation antérieure

- ◆ Les recherches ont montré que la victimisation antérieure était un prédicteur très fort de la victimisation subséquente (Byrne et coll., 1999; Messman et Long, 1996; Norris et coll., 1997; Nishith et coll., 2000).
- ◆ Les victimes qui ont eu une mauvaise réaction à la suite d'un traumatisme antérieur sont susceptibles d'avoir une mauvaise réaction à un nouveau traumatisme (Brunet et coll., 2001).
- ◆ La victimisation antérieure est susceptible d'influer sur la manière dont la victime réagit à la victimisation subséquente, peut-être en raison d'une faible estime de soi, d'un sentiment d'impuissance acquise, de choix et de qualités relationnels médiocres, de la difficulté à déceler les situations à risque ou de la pauvreté (Byrne et coll., 1999; Messman et Long,



1996; Nishith et coll., 2000). Ces résultats de recherche nous rappellent que nous devons aller au-delà des particularités de l'acte criminel et poser des questions sur les antécédents de traumatisme afin d'intégrer cette information à nos interventions.

### **Diagnostiques courants chez les victimes d'actes criminels**

- ◆ Les diagnostics qui se rapportent habituellement à la victimisation comprennent la dépression, l'anxiété et le syndrome de stress post-traumatique (SSPT).
- ◆ Les symptômes habituels de la dépression sont la morosité, la perte de poids ou d'appétit, l'insomnie, le manque occasionnel d'énergie, le blâme de soi et la culpabilité, le sentiment d'être inutile, le désespoir, la difficulté de se concentrer et des pensées morbides (American Psychiatric Association, 1994).
- ◆ Les symptômes de l'anxiété comprennent la peur, la détresse, l'inquiétude, certains symptômes physiques comme la transpiration, les tremblements, la respiration difficile, les nausées, les douleurs thoraciques, les étourdissements, de même que les changements de comportement (évitement, rituels, etc.) et l'adoption de comportements visant à atténuer la détresse (American Psychiatric Association, 1994).
- ◆ Le SSPT est une forme d'anxiété liée à un événement particulier comme un crime, une catastrophe naturelle, un accident, etc. (American Psychiatric Association, 1994).
- ◆ Les symptômes du SSPT peuvent comprendre la peur, un sentiment d'impuissance, des souvenirs envahissants et récurrents, des cauchemars, des retours sur l'événement, la détresse profonde, l'extrême nervosité, l'évitement, la suppression de pensées et de sentiments et d'autres symptômes particuliers comme les troubles du sommeil, l'irritabilité, les accès de colère, le manque de concentration, l'hypervigilance et la réaction exagérée à la surprise (American Psychiatric Association, 1994).
- ◆ Les facteurs de risque pouvant provoquer le SSPT comprennent les facteurs liés à un traumatisme ou à un acte criminel (Brewin et coll., 2000; Gilboa-Schechtman et Foa, 2001; Ozer et coll., 2003), le manque de soutien social (Brewin et coll., 2000; Ozer et coll., 2003), les autres stress de la vie (Brewin et coll., 2000; Ozer et coll., 2003), la manifestation antérieure du SSPT (Brunet et coll., 2001; Ozer et coll., 2003) et la dissociation pendant la perpétration du crime ou immédiatement après (Ozer et coll., 2003).

### **Quand dois-je adresser un patient à un spécialiste de la santé mentale?**

- ◆ Dans certains cas, les intervenants doivent envisager sérieusement la possibilité d'adresser un patient à des spécialistes de la santé mentale.
- ◆ Les intervenants qui ne sont pas familiers avec les questions de santé mentale devraient consulter des spécialistes et leur adresser les patients, le cas échéant.
- ◆ Les partenariats avec les services de santé, de télémédecine et de consultation et avec des spécialistes itinérants sont des solutions possibles pour les intervenants des régions éloignées.

## 5.0 Les stratégies d'adaptation des victimes

Les intervenants doivent aussi s'intéresser à la manière dont les victimes tentent de se rétablir. Les victimes doivent surmonter beaucoup de difficultés : le choc provoqué par l'acte criminel, les rapports avec la police et les tribunaux, les réactions des autres, le retour à la « normale », le sentiment d'insécurité, le blâme de soi, etc. Les chercheurs affirment que les victimes, même si elles parviennent à se tirer d'affaire relativement bien, ne semblent pas retrouver le même niveau de détresse qu'elles éprouvaient avant le crime (Hagemann, 1992; Norris et coll., 1997; Resick et coll., 2002). Même si, avec le temps, la victime peut arriver à reprendre une vie « normale », la victimisation semble toutefois provoquer des effets durables (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001; Norris et coll., 1997). En connaissant bien les différentes stratégies d'adaptation qui s'offrent aux victimes, les intervenants peuvent mettre ce temps à profit pour aider les victimes à explorer les options qui s'offrent à elles et à adopter des stratégies nouvelles et plus efficaces. De plus, en surveillant la manière dont les victimes appliquent ces stratégies d'adaptation, les intervenants peuvent mieux évaluer les progrès de leurs patients, car les recherches montrent que les victimes ont tendance à délaisser les techniques d'adaptation à mesure que leur état s'améliore (Calhoun et Atkeson, 1991).

Avant d'examiner les diverses stratégies d'adaptation, une précision importante s'impose. Les travaux de recherche font une nette distinction entre l'adaptation positive et l'adaptation négative. L'adaptation positive vise à nous transformer ou à attaquer le problème de front (par exemple le soutien social, la résolution des problèmes, la recherche d'information). L'adaptation négative, en règle générale, ne porte pas sur les agents stressants ou notre réaction (par exemple le blâme dirigé vers les autres, le retrait, la résignation, l'autocritique, l'agression, les idées chimériques, la consommation d'alcool ou de drogue). Dempsey (2002) a constaté que les stratégies d'adaptation négatives pouvaient aggraver l'état de l'individu. De plus, d'autres chercheurs ont observé que certaines stratégies d'adaptation comme l'évitement ou la dissociation pouvaient aider l'individu à surmonter les effets du choc initial, mais aggravaient son état à mesure que le temps passait (Hagemann, 1992; Harvey et Bryant, 2002; Ullman, 1999). Dans cette perspective, les intervenants peuvent considérer que les stratégies d'adaptation négatives ressemblent à une petite branche d'arbre à laquelle se retiendrait la victime pour éviter de tomber dans un précipice : sa situation est précaire, mais tant qu'elle n'aura pas d'autre option, elle ne lâchera pas prise! Dans une telle situation, l'intervenant doit aider le patient non pas à supprimer simplement sa stratégie d'adaptation négative, mais à la remplacer par des mécanismes positifs. N'oubliez pas que les victimes d'actes criminels constituent un groupe diversifié; vous devez donc, en tant qu'intervenant, évaluer chaque individu afin de comprendre ses réactions personnelles. Le tableau 3 énumère les stratégies d'adaptation les plus courantes auxquelles peuvent recourir les victimes d'actes criminels. Je commenterai chacune brièvement.

**Tableau 3 : Stratégies d'adaptation habituelles**

Stratégies positives	Stratégies négatives
Recherche d'information <sup>5</sup> Autocomparaison et mise en évidence des éléments positifs de la victimisation <sup>1, 5, 12,20</sup> Comparaison sociale <sup>4, 5, 9, 20</sup> Activités visant à reprendre sa situation personnelle en main <sup>4,5</sup> Activisme <sup>5</sup> Prendre du temps pour se rétablir <sup>3, 5, 16, 18</sup> Obtenir de l'aide <sup>2, 4, 7, 10, 15, 16</sup>	<b>Évitement</b> <sup>2, 5, 13, 21, 22</sup> Dénier et automystification <sup>14, 19, 20, 21</sup> Dissociation <sup>6, 11, 16</sup> Remémoration obsessionnelle du crime <sup>4, 8</sup>

<sup>1</sup> Davis et coll. (1998)

<sup>2</sup> Everly et coll. (2000)

<sup>3</sup> Gilboa-Schechtman et Foa (2001)

<sup>4</sup> Greenberg et Ruback (1992)

<sup>5</sup> Hagemann (1992)

<sup>6</sup> Harvey et Bryant (2002)

<sup>7</sup> Hoeksema et Davis (1999)

<sup>8</sup> Holman et Silver (1998)

<sup>9</sup> Layne et coll. (2001)

<sup>10</sup> Leymann et Lindell (1992)

<sup>11</sup> Martínez-Taboas et Bernal (2000)

<sup>12</sup> McFarland et Alvaro (2000)

<sup>13</sup> Mezy (1988)

<sup>14</sup> Mikulincer et coll. (1993)

<sup>15</sup> Nolen-Hoeksema et Davis (1999)

<sup>16</sup> Norris et coll. (1997)

<sup>17</sup> Ozer et coll. (2003)

<sup>18</sup> Resick et coll. (2002)

<sup>19</sup> Stillwell et Baumeister (1997)

<sup>20</sup> Thompson (2000)

<sup>21</sup> Ullman (1999)

<sup>22</sup> Wolkenstein et Serman (1998)

## 5.1 Stratégies d'adaptation positives

### **Recherche d'information**

Souvent, les victimes d'un acte criminel désirent simplement obtenir de l'information (Hagemann, 1992), par exemple sur le système de justice, les programmes offerts, les réactions habituelles des victimes, etc. (Greenberg et Ruback, 1992). La victime peut aussi recueillir de l'information afin de faire un choix parmi différents traitements offerts ou même de décider si elle veut obtenir de l'aide (Prochaska et coll., 1992).

### **Recadrage cognitif de la victimisation : Autocomparaison et mise en évidence des aspects positifs de la victimisation**

Dans son étude sur les victimes d'agressions sexuelles, Hagemann (1992) constate que certaines victimes se sentent mieux du fait qu'elles se considèrent comme des survivantes. Thompson (2000) souligne pour sa part que les victimes d'agressions sexuelles peuvent tout d'abord opter pour le terme « victime » parce qu'il démontre qu'elles n'étaient pas responsables de l'agression. En progressant dans leur expérience, elles adoptent plutôt le terme « survivante » parce qu'il est associé à la force, à la lutte et au rétablissement. Cette attitude semble avoir aidé certaines victimes à se reprendre en main. Dans les situations difficiles, les gens ont souvent besoin de trouver un sens à ce qui leur est arrivé, puis ils tentent d'en tirer quelque chose de positif, quelle que soit la gravité de l'événement (Davis et coll., 1998).



En d'autres termes, cela signifie : « Ce qui ne me tue pas me rend plus fort. » Le fait de se tirer avec succès d'une situation difficile semble inciter les victimes à se considérer fortes (Thompson, 2000), et plus la situation est difficile, plus cet effet est considérable (McFarland et Alvaro, 2000). De plus, les gens ont souvent tendance à considérer qu'ils étaient beaucoup plus faibles avant l'événement, même si ce n'est pas le cas (McFarland et Alvaro, 2000). C'est peut-être là une façon de voir quelque chose de positif dans une situation très difficile (Davis et coll., 1998).

### ***Recadrage cognitif de la victimisation : Comparaison sociale***

Pour donner une signification à ce qu'elles ont vécu, les victimes se comparent souvent à d'autres victimes. L'exemple de victimes qui se sont bien remises peut devenir un encouragement à persévérer (Greenberg et Ruback, 1992). C'est toutefois une arme à double tranchant, car l'individu peut aussi se décourager s'il a l'impression qu'il ne peut pas faire autant de progrès. Par contre, les victimes peuvent aussi se comparer à d'autres victimes qui ne se sont pas vraiment remises de l'événement. L'individu peut alors se considérer chanceux de ne pas être atteint aussi gravement que quelqu'un d'autre et de ne pas être dans un état aussi sérieux (Hagemann, 1992; Greenberg et Ruback, 1992; Thompson, 2000). Si l'individu ne peut pas se comparer à d'autres victimes dont l'état est plus grave que le sien, il s'invente un scénario où les choses auraient pu être bien pires pour lui. Dans ces scénarios imaginaires, l'individu revit le crime, mais en y ajoutant des dommages physiques, affectifs ou personnels encore plus graves (Greenberg et Ruback, 1992). Cette façon de faire semble aider la victime à mettre les choses en perspective et peut même l'inciter à s'intéresser aux éléments positifs de sa situation (Thompson, 2000).

### ***Activités permettant de reprendre le contrôle de soi***

Les victimes peuvent aussi se livrer à des activités qui leur donnent l'impression de reprendre le contrôle de leur vie. Ces activités peuvent consister à suivre des cours d'autodéfense, dans le cas d'une victime d'agression, (Hagemann, 1992) ou à déposer des accusations et suivre les procédures devant les tribunaux (Greenberg et Ruback, 1992).

### ***Activisme***

Certaines victimes semblent recouvrer leur équilibre en devenant activistes ou en prenant la défense des droits des victimes (Hagemann, 1992). Elles mettent ainsi leur expérience au service de la société et souhaitent la changer afin qu'il y ait moins de victimes ou qu'elles soient traitées plus équitablement.

### ***Soutien social***

Les victimes d'actes criminels se sentent souvent mal (Casarez-Levison, 1992) et vont alors chercher le soutien des autres (Greenberg et Ruback, 1992; Leymann et Lindell, 1992; Norris et coll., 1997). Les recherches démontrent que cette démarche est efficace et que les individus qui obtiennent un soutien social positif en tirent profit (Nolen-Hoeksema et Davis, 1999). Les soutiens naturels (famille, amis, etc.) et les soutiens professionnels (policiers, avocats, membres du clergé, personnel médical et spécialistes de la santé mentale) peuvent tous venir en aide aux victimes. Bien que la décision de choisir ses soutiens appartienne à la victime, celle qui a recours aux soutiens naturels est aussi plus susceptible de recourir aux soutiens professionnels, surtout si

elle a l'impression d'être bien épaulée (Norris et coll., 1997). Les gens qui viennent en aide aux victimes peuvent leur donner de l'information, leur tenir compagnie, les aider à voir la réalité en face, leur offrir du soutien affectif et leur fournir de l'aide financière ou un milieu de vie sûr (Everly, Flannery et Mitchell, 2000).

Norris et coll. (1997) font observer qu'il est bon pour la victime de raconter son expérience à d'autres personnes et d'exprimer ses sentiments. Le fait de raconter ce qu'elle a vécu semble aider la victime à donner un sens à l'événement et à ses émotions (Greenberg et Ruback, 1992). Cela peut l'aider aussi à se débarrasser des sentiments qui la troublent et à « comparer avec la réalité » ses pensées, ses actes et ses sentiments (Greenberg et Ruback, 1992; Leymann et Lindell, 1992; Nolen-Hoeksema et Davis, 1999; Norris et coll., 1997). Les victimes sont souvent en mesure de définir elles-mêmes le type de soutien dont elles ont besoin. Souvent aussi, il nous arrive d'offrir aux victimes le type de soutien qui nous semble correspondre à leurs besoins au lieu de les consulter. Les renseignements présentés au tableau 4 ont pour but de donner aux intervenants un aperçu des divers types de soutien et de les aider à choisir ce qui semble le plus approprié aux besoins de chaque victime.

<b>Tableau 4 : Types de soutiens</b> (conçu d'après Leymann et Lindell, 1992)	
<b>Type de soutien</b>	<b>Description</b>
Émotionnel	Estime, intérêt, écoute et attention portée surtout aux sentiments et aux réactions de la victime
Appréciatif	Comparaison sociale, affirmation et rétroaction visant à aider la victime à donner un sens à son expérience
Informatif	Conseils, suggestions, directives et information
Instrumental	Soutien matériel : argent, hébergement, temps ou efforts

### ***Soutien perçu et soutien réel***

Les intervenants doivent se rappeler que le soutien réel (comme participer à un groupe de soutien ou rencontrer un conseiller) et le soutien perçu (savoir par exemple que l'aide est disponible en cas de besoin) sont tous deux utiles pour la victime. Le soutien perçu contribue à atténuer la peur, la dépression et les symptômes du SSPT (Norris et coll., 1997; Ozer et coll., 2003). Cette constatation intéressante peut s'expliquer par le fait que les gens sont rassurés de savoir qu'ils peuvent obtenir de l'aide s'ils en ont besoin et que les autres se soucient de leur sort. C'est pourquoi le simple fait de savoir qu'il y a un service d'aide aux victimes dans la collectivité peut aider bien des victimes sur la voie du rétablissement, *même si elles n'ont pas recours à ce service!* Évidemment, le recours à ce type de service est également profitable aux victimes (Norris et coll., 1997; Ozer et coll., 2003).

### ***Soutiens professionnels et soutiens naturels***

Les victimes affirment que leurs soutiens naturels leur sont plus utiles que les soutiens professionnels (Leymann et Lindell, 1992). Les intervenants et les victimes doivent toutefois savoir que les personnes qui composent le réseau de soutien naturel d'une victime peuvent être moins préparées à vivre les problèmes qu'éprouve la victime. Au départ, les soutiens naturels



peuvent s'avérer utiles, mais ils peuvent commettre des erreurs ou devenir dépassés par l'ampleur de la tâche (Mikulincer, Florian et Weller, 1993; Nolen-Hoeksema et Davis, 1999). Dans le pire des cas, les soutiens naturels peuvent en arriver à ne pas croire la victime, aggravant ainsi sa détresse (Leahy et coll., 2003). Dans tous les cas, il peut arriver que le réseau social de la victime « s'épuise » et que celle-ci se sente alors isolée et incomprise.

Regardez de nouveau le tableau 4 et imaginez qu'un ami tente d'apporter un soutien affectif à une victime alors que celle-ci souhaite seulement obtenir de l'information. À cause de cette divergence, la victime risque de ne plus s'adresser à cet ami (ni à d'autres!) parce qu'elle se sent frustrée et incomprise. Rappelons-nous que nous avons tous notre propre façon de réagir à la victimisation. Si nous tentons d'inciter les autres à adopter notre façon de réagir, ceux-ci peuvent avoir l'impression qu'ils n'ont pas été écoutés (Nelson et coll., 2002). Les spécialistes devraient être moins susceptibles d'imposer leur point de vue à la victime et s'efforcer de comprendre sa situation personnelle. Cela est important parce que le contact avec des personnes incapables de comprendre la victime risque d'aggraver le stress causé par une situation déjà difficile à supporter (Nolen-Hoeksema et Davis, 1999).

Pour toutes ces raisons, certaines victimes peuvent juger préférable de s'adresser à des soutiens professionnels. En principe, la plupart des spécialistes ont appris à écouter, à manifester de l'empathie, à aplanir les difficultés et à offrir une gamme de services thérapeutiques. Ils devraient aussi être mieux préparés à écouter les récits et les histoires personnelles plusieurs fois répétés et plus en mesure de déterminer et d'offrir le type de soutien dont chaque victime a besoin. Enfin, la victime n'a pas à se soucier d'une possible rupture du lien interpersonnel, car la relation avec le spécialiste a pour seul but de traiter le traumatisme provoqué par le crime.

## 5.2 Stratégies d'adaptation négatives

### ***Évitement : Comportement d'évitement actif***

L'évitement peut prendre la forme de comportements particuliers, comme s'enfermer chez soi ou s'absenter du travail (Hagemann, 1992), ou encore opter pour l'automédication, comme la consommation d'alcool, de drogue ou de quantités excessives de médicaments d'ordonnance (Everly et coll., 2000; Hagemann, 1992; Mezy, 1988; Wolkenstein et Serman, 1998). En règle générale, les chercheurs considèrent que l'évitement n'est qu'une solution de fortune qui ne soigne pas le traumatisme sous-jacent. Pourtant, au début, l'évitement des situations éprouvantes peut aider la victime à remporter de petites victoires. En d'autres termes, l'évitement initial peut laisser à la victime le temps de « panser ses plaies » et de reprendre des forces afin de réorganiser sa vie et d'affronter d'autres difficultés, comme le système de justice pénale. En suivant un traitement destiné à maîtriser sa peur, la victime a des chances de se sentir mieux. Par contre, la victime pour qui l'automédication est un moyen de fuir sa douleur, etc., risque d'éprouver des problèmes encore plus graves parce que la consommation d'alcool ou de drogue peut souvent altérer la faculté d'adaptation et la capacité de prendre des décisions judicieuses (Kilpatrick et coll., 2003).

### ***Évitement : Dénier et automystification***

Le déni et l'automystification sont une forme d'évitement psychologique qui aide les victimes à effacer temporairement les souvenirs de leur mémoire. Thompson (2000) s'est intéressé au blocage actif des souvenirs et des sentiments comme moyen de maîtriser des émotions envahissantes. Stillwell et Baumeister (1997) soulignent que les gens ont tendance à déformer leurs souvenirs dans le but de se rendre plus sympathiques. Dans une recherche portant sur le traumatisme associé à la vie dans une zone de guerre, Mikulincer et coll. (1993) ont constaté que les gens qui ont recours à l'évitement sont plus susceptibles de nier ou de minimiser leur sentiment de détresse. Bien que ces attitudes puissent empêcher le sujet de solliciter de l'aide, elles ont pour effet d'atténuer la détresse initiale (Hagemann, 1992). Ullman (1999) arrive à la même conclusion et indique que même si les stratégies d'évitement sont habituellement liées à une aggravation des problèmes, elles peuvent aussi avoir un caractère adaptatif, car elles aident la victime à surmonter le traumatisme initial.

### ***Évitement : Dissociation***

La dissociation est un terme clinique qui décrit une rupture dans le mode de pensée normal d'un individu, dans ses souvenirs, son identité ou la manière dont il perçoit son environnement. Cette notion s'apparente à ce que la plupart des gens appellent un « choc ». Même si nous dissociions tous à divers degrés, le recours à la dissociation comme mécanisme d'adaptation semble plus courant chez les individus qui ont vécu plusieurs expériences traumatisantes graves (Martínez-Taboas et Bernal, 2000). Les intervenants doivent se rappeler que la dissociation est une méthode normale d'adaptation au traumatisme. Harvey et Bryant (2002) ajoutent que la dissociation qui se manifeste naturellement peut aider la victime à surmonter le traumatisme initial en s'opposant à la mémorisation des événements vécus pendant le crime. Ce changement cognitif permet ainsi à la victime d'oublier les éléments pénibles du traumatisme ou du crime et peut donc atténuer sa détresse.

Utilisée trop longtemps, la dissociation peut toutefois devenir une stratégie d'adaptation négative. Selon Ozer et coll. (2003), les individus qui ont recours à la dissociation pendant ou immédiatement après une expérience traumatisante sont plus susceptibles d'être ensuite atteints du SSPT. Ces chercheurs soulignent que ce lien est le plus évident chez les individus qui ont voulu par la suite obtenir des soins de santé mentale. Halligan, Michael, Clark et Ehlers (2003) affirment pour leur part que certains éléments particuliers de la dissociation, comme l'indifférence affective, la confusion, l'altération de la perception du temps, l'instabilité émotionnelle et l'impulsivité sont davantage liés au SSPT. Ils ont constaté que l'indifférence affective et la confusion étaient les plus susceptibles de nuire au traitement du traumatisme. D'autres chercheurs ont aussi observé que la dissociation prolongée pouvait entraver la thérapie ou le processus de rétablissement (Bromberg, 2003). Comme on peut le voir, la dissociation peut être une arme à double tranchant : à court terme, elle peut aider la victime, mais elle peut aussi l'exposer à des problèmes plus graves ultérieurement.

### ***Confrontation : Réduction cognitive de l'intérêt***

Holman et Silver (1998) font observer que si l'on soumet des individus à des stimulus complexes, leur capacité de traiter l'information s'en trouve affaiblie. Ils peuvent alors ralentir intérieurement l'écoulement du temps afin de pouvoir gérer toute l'information qu'ils reçoivent. Selon ces chercheurs, cette réaction est censée aider l'individu à s'adapter, mais certains portent



un intérêt exagéré à l'événement traumatisant et en viennent à oublier tout le reste (Holman et Silver, 1998). Cette modification du degré de conscience s'apparente à la dissociation (Bromberg, 2003), sauf que l'individu s'efforce de gérer l'agent stressant au lieu de le chasser de son esprit. Greenberg et Ruback (1992) ont constaté que les stimulus, et plus particulièrement la colère, avaient pour effet d'éveiller davantage les souvenirs. Les stimulus ciblés pourraient donc amener la victime à porter une plus grande attention aux détails de l'acte criminel. Cette polarisation peut toutefois causer des problèmes si l'individu s'efforce de transcender l'expérience de la victimisation, parce qu'il sera incapable de se consacrer entièrement aux autres aspects de sa vie.

### **5.3 Autoefficacité**

Selon les chercheurs, l'autoefficacité est une caractéristique qui peut rendre les individus moins susceptibles d'éprouver une réaction grave à la victimisation (Thompson, Kaslow, Short et Wyckoff, 2002). D'après la théorie, les choix que font les gens s'appuient sur la conviction qu'ils pourront exercer une influence sur les résultats (Bandura, 1997). L'autoefficacité est la fusion de l'estime de soi et de la certitude que l'on peut exercer une influence sur notre milieu. Cette attitude s'apparente à la confiance et est à l'opposé du sentiment d'impuissance acquise et de l'impression que les autres sont maîtres de notre vie et de nos décisions. Fondamentalement, les victimes qui croient pouvoir maîtriser leur situation (autoefficacité) auront des pensées, des émotions et des comportements plus positifs. Il est important de souligner ici que le succès de cette démarche est moins important que le fait de croire qu'elle sera fructueuse (Bandura, 1997). À l'échelle de toute une vie, cependant, l'accumulation des succès contribuera à renforcer l'autoefficacité et la confiance en soi, par opposition à toute une vie d'échecs qui sapent l'autoefficacité et qui découragent l'individu qui s'efforce de mettre à contribution de nouvelles aptitudes. Ainsi, les gens qui pensent qu'ils recevront de l'aide s'ils en demandent se sentent souvent mieux (Mikulincer et coll., 1993). On voit donc que l'autoefficacité peut jouer un rôle primordial en ce qui concerne le rétablissement d'un traumatisme et la recherche d'aide.

Un exemple permettra de mieux comprendre le rôle de l'autoefficacité dans la victimisation. Une victime de violence conjugale peut choisir de ne pas quitter son partenaire qui la violence parce qu'elle ne se croit pas capable de changer sa vie ou de se tirer d'affaire toute seule (autoefficacité faible). D'autre part, plusieurs périodes dans le passé où son partenaire s'est comporté très correctement lui permettent de croire qu'elle pourrait exercer une influence sur lui et améliorer la situation. Par exemple, elle peut être convaincue (autoefficacité élevée) qu'elle peut éliminer le stress dans leur foyer en faisant en sorte que les enfants se tiennent tranquilles et n'importunent pas leur père après son retour du travail. Cette confiance augmentera le risque qu'elle reste dans une situation potentiellement fatale pour elle parce qu'elle croit avoir la situation en main.

Dans une étude sur l'autoefficacité chez les femmes battues, Thompson et coll. (2002) ont constaté qu'en aidant ces femmes à atteindre un degré d'autoefficacité élevé dans le domaine des aptitudes à la vie quotidienne, il y avait plus de chances qu'elles mettent un terme à leur relation. Quand la femme croit de plus en plus qu'elle est capable de se doter d'un réseau social et de s'occuper d'elle-même et de ses enfants hors de la relation qu'elle vit, sa perception de cette relation peut commencer à changer. Cela remet en question le facteur « d'isolement » que l'on peut souvent observer dans les relations où sévit la violence conjugale. Beaucoup de thérapies destinées à ces victimes comprennent des activités qui les obligent à faire face à des souvenirs et



des émotions pénibles et à les assumer ou à acquérir et mettre en pratique de nouvelles compétences (Nishith et coll., 2002; Resick et coll., 2002).

L'autoefficacité peut aussi expliquer le choix des méthodes d'adaptation. Bandura (1997) affirme que l'autoefficacité joue un rôle déterminant dans le changement des comportements parce que notre perception de l'efficacité influence l'adoption, l'intensité et la durée des comportements d'adaptation. Comme nous venons de le mentionner, l'autoefficacité a ses racines dans les expériences antérieures fructueuses et fait partie intégrante des antécédents d'apprentissage des victimes. L'apprentissage, l'expérience et l'autoefficacité déterminent quelles habiletés d'adaptation particulières la victime va choisir d'utiliser. Si par exemple l'apprentissage a montré à la victime que la dissociation constitue pour elle la meilleure stratégie d'adaptation, il y a de fortes chances qu'elle y ait recours dans des situations nouvelles. Ce sera d'autant plus vrai si les autres stratégies utilisées ont échoué. De même, si la victime a pu tirer profit du soutien apporté par les autres, il y a plus de chances qu'elle ait de nouveau recours à cette stratégie. Les intervenants peuvent s'en rendre compte dans la réalité quand ils constatent qu'un patient reprend ses vieilles stratégies d'adaptation même s'il sait qu'elles ne fonctionnent pas. Pour la victime, il s'agit de reprendre des stratégies d'adaptation qui se sont avérées efficaces dans le passé. Les nouvelles stratégies d'adaptation ont un grand « déficit » à combler avant de pouvoir faire elles-mêmes le poids. Souvent, les programmes cliniques efficaces comportent toutefois des éléments axés sur l'autoefficacité qui aident les victimes, en mettant l'accent sur les difficultés à surmonter, les succès et la mise en pratique de nouvelles aptitudes (Nishith et coll., 2002; Resick et coll., 2002).

## 5.4 Notions de base...

### *Stratégies d'adaptation*

- ◆ Quand la vie d'une personne est bouleversée par un acte criminel, cette victime a recours aux moyens qui lui semblent les meilleurs pour se remettre.
- ◆ Les stratégies d'adaptation peuvent être positives ou négatives. Les stratégies négatives peuvent empirer la situation d'une victime (Dempsey, 2002).
- ◆ Le tableau 3 présente une liste des stratégies d'adaptation souvent utilisées par les victimes.



Tableau 3 : Stratégies d'adaptation habituelles	
Stratégies positives	Stratégies négatives
Recherche d'information <sup>5</sup>	<b>Évitement</b> <sup>2, 5, 13, 21, 22</sup>
Autocomparaison et mise en évidence des éléments positifs de la victimisation <sup>1, 5, 12, 20</sup>	Déni et automystification <sup>14, 19, 20, 21</sup>
Comparaison sociale <sup>4, 5, 9, 20</sup>	Dissociation <sup>6, 11, 16</sup>
Activités visant à reprendre sa situation personnelle en main <sup>4, 5</sup>	Remémoration obsessionnelle du crime <sup>4, 8</sup>
Activisme <sup>5</sup>	
Prendre du temps pour se rétablir <sup>3, 5, 16, 18</sup>	
Obtenir de l'aide <sup>2, 4, 7, 10, 15, 16</sup>	

<sup>1</sup> Davis et coll. (1998)

<sup>2</sup> Everly et coll. (2000)

<sup>3</sup> Gilboa-Schechtman et Foa (2001)

<sup>4</sup> Greenberg et Ruback (1992)

<sup>5</sup> Hagemann (1992)

<sup>6</sup> Harvey et Bryant (2002)

<sup>7</sup> Hoeksema et Davis (1999)

<sup>8</sup> Holman et Silver (1998)

<sup>9</sup> Layne et coll. (2001)

<sup>10</sup> Leymann et Lindell (1992)

<sup>11</sup> Martínez-Taboas et Bernal (2000)

<sup>12</sup> McFarland et Alvaro (2000)

<sup>13</sup> Mezy (1988)

<sup>14</sup> Mikulincer et coll. (1993)

<sup>15</sup> Nolen-Hoeksema et Davis (1999)

<sup>16</sup> Norris et coll. (1997)

<sup>17</sup> Ozer et coll. (2003)

<sup>18</sup> Resick et coll. (2002)

<sup>19</sup> Stillwell et Baumeister (1997)

<sup>20</sup> Thompson (2000)

<sup>21</sup> Ullman (1999)

<sup>22</sup> Wolkenstein et Serman (1998)

#### *Stratégie d'adaptation positive : Soutien social*

- ◆ Le soutien social est très important pour les victimes qui s'efforcent de donner un sens à leur victimisation (Greenberg et Ruback, 1992; Leymann et Lindell, 1992; Norris et coll., 1997).
- ◆ Aux yeux des victimes, le soutien de leur famille et de leurs amis est plus utile que le soutien des spécialistes (Leymann et Lindell, 1992).
- ◆ Les victimes ont besoin de savoir qu'elles peuvent trouver de l'aide, même si elles n'y ont pas recours (Norris et coll., 1997; Ozer et coll., 2003).
- ◆ Les soutiens peuvent être une source importante d'information (Hagemann, 1992).
- ◆ Les soutiens professionnels peuvent jouer un rôle important quand les membres de la famille et les amis sont dépassés (Mikulincer et coll., 1993; Nolen-Hoeksema et Davis, 1999).

### *Stratégie d'adaptation négative : Évitement*

- ◆ L'évitement, que ce soit au moyen de la drogue, du déni, de la dissociation ou en fuyant certains lieux, est une façon habituelle pour les victimes de tenter de surmonter les émotions éprouvantes (Bromberg, 2003; Everly et coll., 2000; Hagemann, 1992; Mezy, 1988; Thompson, 2000; Wolkenstein et Sterman, 1998).
- ◆ Même si l'évitement peut aider la victime à surmonter sa détresse initiale (Hagemann, 1992; Harvey et Bryant, 2002; Ullman, 1999), il est associé à des problèmes à long terme (Bromberg, 2003; Halligan et coll., 2003; Ozer et coll., 2003; Ullman, 1999).
- ◆ L'évitement au moyen de l'alcool ou de la drogue peut altérer la capacité de prendre des décisions judicieuses et de résoudre des problèmes, ce qui constitue des obstacles encore plus grands au rétablissement de la victime.

### *Autoefficacité*

- ◆ L'autoefficacité est la fusion de l'estime de soi et de la certitude que l'on peut exercer une influence sur notre milieu (Bandura, 1997). Fondamentalement, les victimes qui croient pouvoir maîtriser leur situation (autoefficacité) auront des pensées, des émotions et des comportements plus positifs.
- ◆ Un degré élevé d'autoefficacité peut réduire le risque qu'une victime éprouve une réaction négative à un traumatisme (Thompson, Kaslow, Short et Wyckoff, 2002).
- ◆ L'autoefficacité peut exercer une influence sur le choix d'une stratégie d'adaptation en incitant l'individu à opter pour la stratégie qui lui semble avoir le plus de chances de succès (Bandura, 1997).
- ◆ Les thérapies fructueuses comportent des éléments axés sur le développement de l'autoefficacité comme moyen de venir en aide aux victimes (Nishith et coll., 2002; Resick et coll., 2002).

## 6.0 Les étapes du changement : Un modèle pour le patient

Souvent, les intervenants doivent déterminer quelle est la meilleure manière d'aider un patient à surmonter le traumatisme de la victimisation. Les victimes d'actes criminels peuvent représenter un problème particulièrement difficile en raison de la gravité de leurs difficultés et du fait que chez beaucoup d'entre elles les progrès s'accompagnent souvent de périodes de passivité et de régression. Prochaska et coll. (1992) ont conçu un modèle pour tenter d'expliquer comment l'individu change, par ses propres moyens aussi bien que sous l'effet d'une thérapie; c'est ce qu'ils ont appelé le modèle transthéorique du changement (MTT). Ils ont constaté que le changement, chez l'individu, se composait d'étapes successives : la précontemplation (l'individu n'a pas l'intention de changer parce qu'il ne croit pas avoir un problème), la contemplation (l'individu est conscient d'avoir un problème et envisage sérieusement de changer), la préparation (l'individu prévoit passer bientôt à l'action), l'action (l'individu s'efforce vraiment de changer) et le maintien (l'individu persévère après avoir changé). Bien que l'on parle d'étapes, les intervenants doivent bien comprendre qu'un individu peut se trouver à toutes les étapes en même temps et passer de l'une à l'autre en fonction de la nature du problème qu'il éprouve (Prochaska et coll., 1992).

**Tableau 5 : Le modèle transthéorique du changement (Prochaska et coll., 1992)**

<b>Précontemplation</b>	<p>Ces individus n'ont pas l'intention de changer. Souvent, ils ne savent pas qu'ils ont un problème, ou ils en nient l'ampleur ou la gravité. Souvent aussi, ils se préoccupent davantage de l'aspect négatif du changement et viennent en consultation seulement parce que d'autres les ont incités à le faire.</p> <p>Les intervenants peuvent rencontrer des victimes qui nient leurs problèmes ou leur traumatisme, mais leurs proches ont observé des changements de leur humeur, de leur comportement ou de leur santé en général. Certaines victimes peuvent même nier l'existence du crime (par exemple les victimes d'un viol par une connaissance).</p>
<b>Contemplation</b>	<p>Ces individus savent qu'ils ont un problème et envisagent sérieusement de changer, mais ils ne font rien pour changer. Souvent, ils passent leur temps à se demander s'il vaut mieux rester comme ils sont plutôt que de consacrer beaucoup de temps, d'efforts et d'énergie à la résolution de leur problème.</p> <p>Les intervenants peuvent rencontrer des patients qui reconnaissent avoir besoin d'aide, mais qui sont paralysés par la honte ou par la peur de s'ouvrir à quelqu'un, la peur des réactions ou la peur d'aggraver leur état.</p>

<b>Préparation</b>	<p>Ces individus reconnaissent qu'ils ont un problème et envisagent d'y apporter une solution dans très peu de temps. Après avoir examiné leurs habitudes, ces personnes ont souvent tenté de changer au cours de la dernière année, mais n'ont pas réussi à obtenir un changement durable.</p> <p>Les intervenants reconnaissent ces individus parce qu'ils ont réussi par eux-mêmes à faire certains changements et qu'ils attendent un rendez-vous ou ont essayé de suivre une thérapie. Habituellement, cette étape est très courte, car l'individu est disposé à faire des efforts pour changer.</p>
<b>Action</b>	<p>À cette étape, les individus s'efforcent vraiment d'améliorer leur situation.</p> <p>Pour les intervenants, il s'agit d'un traitement actif. Souvent, les membres de la famille et les autres soutiens y voient un « réel » effort et un changement. Habituellement, à cette étape, la victime réalise du moins en partie ses objectifs. Les thérapies traditionnelles sont en général axées sur cette étape et ne tiennent pas compte de l'effort que représente pour la victime la décision de demander et de rechercher de l'aide. Elles ne tiennent pas compte non plus de l'effort nécessaire pour persister sur la bonne voie après le traitement.</p>
<b>Maintien</b>	<p>Les individus qui parviennent au stade du maintien s'efforcent de préserver les progrès réalisés à l'étape de l'action. Loin d'être une étape statique, le maintien est un processus de changement.</p> <p>Les intervenants peuvent aider les victimes en leur montrant comment discuter de leur stress avec leurs soutiens, surveiller leur comportement, leurs pensées et leurs émotions et acquérir des habiletés pouvant les aider à éviter d'être de nouveau victimes d'un acte criminel.</p>

## 6.1 Caractéristiques des différentes étapes

Même si très peu d'études ont été consacrées à l'application de ce modèle aux victimes d'actes criminels, il peut néanmoins aider les intervenants à comprendre les personnes qui veulent recevoir des services. Une étude a porté sur des adultes qui, ayant été victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance, ont suivi une thérapie (Koraleski et Larson, 1997). Sur 83 sujets en thérapie, 38 (45,8 p. 100) étaient essentiellement à l'étape de la contemplation, 7 (8,4 p. 100) étaient à l'étape de la préparation et 26 (31,3 p. 100) étaient à l'étape de l'action. C'est souvent ce qui arrive : les gens entreprennent une thérapie sans vraiment être certains de vouloir changer. Une victime peut se rendre compte qu'elle éprouve un problème causé par la victimisation et entreprendre une thérapie dans le but de traiter sa dépression et son anxiété (action). Elle peut cependant refuser de discuter du crime lui-même, en affirmant qu'il n'a rien à voir avec son état dépressif (précontemplation). Elle peut ensuite abandonner la thérapie tout en reconnaissant qu'elle a besoin d'aide (contemplation).

C'est pourquoi les intervenants doivent déterminer quelle est la situation exacte de la victime et éviter de supposer qu'elle est prête à suivre un traitement intensif pour la simple raison qu'elle a sollicité de l'aide. Dans un tel cas, la victime risque d'être dépassée par la situation et sa détresse pourrait s'aggraver. Si nous insistons trop, elle peut se sentir contrainte; elle risque alors de mettre fin à la thérapie et de ne pas recevoir l'aide dont elle a besoin.



Pour le patient, le plus grand pas à franchir consiste à passer de la précontemplation aux trois étapes suivantes (Rosen, 2000), d'autant plus que les individus dits précontemplatifs considèrent que le traitement aggrave leur détresse et qu'ils font moins de progrès, et ils risquent davantage d'abandonner prématurément leur thérapie (Smith, Subich et Kalodner, 1995). Les intervenants doivent savoir que les gens qui sont à cette étape sont indûment inscrits sur les listes d'attente, manquent leurs rendez-vous et ne bénéficient pas vraiment de leur thérapie. Cela n'est pas surprenant puisqu'ils ne sont pas encore prêts à chercher une solution à leurs problèmes. C'est pourquoi il est important de convaincre tous les patients de tirer le meilleur profit de leur thérapie et de faire un usage judicieux des ressources, humaines et financières.

## **6.2 Adaptez vos interventions aux besoins des patients**

Votre manière de travailler avec les patients est une affaire très personnelle. Elle dépend de vos objectifs, de votre formation et de votre style personnel. Le modèle transthéorique du changement propose quelques suggestions sur la meilleure manière d'aider les patients. Notre formation s'adresse aux patients qui sont à l'étape de l'action. Ils sont prêts à changer, ils sont généralement motivés et ils sont disposés à s'attaquer à leurs problèmes. La majorité des intervenants aimeraient bien n'avoir affaire qu'à des gens comme ça! Comme nous l'avons mentionné toutefois, les gens qui viennent vous consulter ne sont pas toujours aussi motivés.

Les individus qui sont principalement à l'étape de la précontemplation et de la contemplation peuvent aussi tirer profit des interventions, mais celles-ci peuvent différer de l'idée que s'en font habituellement les intervenants. Aux individus qui sont principalement à l'étape de la précontemplation, les intervenants peuvent offrir de la documentation écrite, comme des livres portant sur l'autothérapie ou des brochures décrivant les réactions les plus courantes. Ils peuvent également leur donner de l'information sur la victimisation et les traumatismes. Ces patients ne se rendent pas toujours compte que leurs symptômes sont liés à l'acte criminel, ni même qu'ils ont pu changer. Rappelez-vous que bien souvent les précontemplatifs se retrouvent à notre bureau parce que d'autres les ont incités à venir nous consulter. En plus d'informer les victimes sur leurs réactions possibles, ces activités de « conscientisation » les incitent à faire quelque chose pour se débarrasser de leurs symptômes ou de leurs sentiments négatifs (Prochaska et coll., 1994).

Rosen (2000) a constaté que les précontemplatifs et les contemplatifs peuvent être incités à solliciter de l'aide pour différentes raisons : ils voudront par exemple obtenir de l'information (conscientisation), considérer les effets sur eux-mêmes (réévaluation personnelle) et les autres (réévaluation par le milieu), éprouver et exprimer des émotions (soulagement radical) ou vérifier l'évolution des normes sociales (affranchissement social). Les intervenants peuvent aussi aider ces individus en leur montrant ce qu'il leur en coûte de rester comme ils sont et les avantages qu'ils peuvent retirer en sollicitant de l'aide. Rappelez-vous que la plupart des changements chez l'individu se produisent entre l'étape de la précontemplation et l'étape de la contemplation (Rosen, 2000). Néanmoins, toute démarche visant à aider les victimes à accroître et à conserver leur motivation peut aussi les aider à retirer le maximum de leur thérapie. Pour les patients, faire des progrès et se sentir mieux sont une excellente source de motivation.

Ces activités peuvent aussi inciter la victime à prendre l'importante décision de solliciter de l'aide ou à chercher une solution à des problèmes particulièrement pénibles. De plus, ces

interventions peuvent être utiles à tous les patients. Imaginez une victime de violence conjugale qui se sent mieux et dont le mari la traite bien (« phase lune de miel ») et promet de ne plus jamais la frapper. Il exerce une contrainte sur elle, lui disant qu'elle n'a pas foi en lui et que c'est pour cette raison qu'elle fréquente un groupe. Cette victime aura besoin d'être appuyée parce qu'elle doit maintenant se convaincre qu'il peut être avantageux pour elle de poursuivre sa thérapie – son problème est réglé! C'est pourquoi l'intervenant doit comprendre les perceptions de la victime et sa conception de ce qui constitue une « amélioration ». Il peut l'aider à explorer le cycle des agressions, la possibilité des périodes de « lunes de miel » et les avantages à long terme d'une thérapie, afin qu'elle puisse prendre la décision qui lui sera la plus profitable. Dans un certain sens, cette façon de procéder vise à fournir à votre patient le plus d'information possible afin qu'il puisse déterminer d'une façon éclairée ce dont il a besoin pour améliorer sa vie.

Une fois que le patient a atteint ses objectifs, il passe à l'étape du maintien. Dans un certain sens, c'est ce que Casarez-Levison (1992) décrivait en parlant du stade de la réorganisation et de la résolution du problème dans le traitement des victimes. Les intervenants peuvent aider les victimes à préparer cette étape en leur enseignant de bonnes aptitudes à la vie quotidienne. Les victimes doivent apprendre à reconnaître les signes annonciateurs d'une régression. Durant la thérapie, les intervenants doivent de leur côté enseigner à leurs patients les moyens et les stratégies qui leur permettront de bien mettre en pratique ces aptitudes. Ces stratégies de prévention des rechutes aideront le sujet à surveiller son comportement et son milieu. Ainsi, on prévient une victime agressée dans un stationnement souterrain que ce genre d'endroit peut être déstabilisant pour elle. Si cette personne décide ensuite de garer sa voiture dans un stationnement souterrain, elle devra s'attendre à éprouver une plus grande détresse ou des symptômes associés plus graves. En l'aidant à acquérir de nouvelles aptitudes, l'intervenant l'aide non pas à éviter ce genre de situation, mais plutôt à maîtriser ses pensées et ses sentiments, de sorte qu'elle puisse se sentir confiante lorsqu'elle se retrouve dans des situations difficiles (autoefficacité).

Les cas les plus difficiles devraient être laissés à des cliniciens spécialisés; tous les intervenants devraient cependant se rappeler que le changement est un processus et que les victimes n'essaient pas intentionnellement de causer des difficultés. Le MTT du changement remet en question les vieux concepts de la « résistance » en nous obligeant à changer nos méthodes cliniques (Prochaska et coll., 1992). Il peut être difficile de solliciter de l'aide quand on se sent en équilibre instable. Mitchell (1993) a observé que beaucoup de patients, et non seulement des victimes, s'engageaient dans une thérapie dans l'espoir qu'on leur vienne en aide, mais craignaient en même temps que le changement leur soit trop douloureux ou que leur vie soit trop profondément transformée.

Rappelons enfin que toutes ces techniques peuvent servir à motiver et à informer les membres du réseau de soutien naturel de la victime (famille et amis). Ainsi, une brochure portant sur les réactions courantes des victimes d'actes criminels, déposée sur une table, peut aider le patient dans sa vie personnelle. De plus, la victime peut elle-même expliquer ces questions aux gens qui composent son système de soutien; elle les aidera ainsi à mieux comprendre sa situation et le fait de pouvoir les informer la fera se sentir plus efficace et plus autonome.



### 6.3 Notions de base

- Dans leur tentative de changement, les gens passent par différentes étapes : la précontemplation (l'individu n'a pas l'intention de changer parce qu'il ne croit pas avoir un problème), la contemplation (l'individu est conscient d'avoir un problème et envisage sérieusement de changer), la préparation (l'individu prévoit passer bientôt à l'action), l'action (l'individu s'efforce vraiment de changer) et le maintien (l'individu persévère après avoir changé) (Prochaska et coll., 1992).
- Un individu peut se trouver principalement à une étape donnée, mais se trouver en même temps à toutes les autres étapes (Prochaska et coll., 1992). Ainsi, une victime peut reconnaître qu'elle a un problème découlant de la victimisation et souhaiter suivre une thérapie pour soigner sa dépression ou son anxiété (action). Elle peut cependant refuser de discuter du crime lui-même, en affirmant qu'il n'est aucunement lié à son état dépressif (précontemplation). Elle pourrait ensuite abandonner sa thérapie, tout en continuant de reconnaître qu'elle a besoin d'aide (contemplation).
- Les individus qui estiment n'avoir aucun problème (précontemplatifs) considèrent que le traitement aggrave leur détresse et qu'ils font moins de progrès, et ils risquent davantage d'abandonner prématurément leur thérapie (Smith, Subich et Kalodner, 1995).
- Le changement le plus important se produit quand le sujet passe de l'étape de la précontemplation aux trois étapes suivantes (Rosen, 2000).
- Pour éviter lui-même d'être frustré et pour mieux aider la victime, l'intervenant doit déterminer à quel stade elle se trouve et choisir le type d'intervention qui convient le mieux.
- Les précontemplatifs devraient se livrer à des activités de « conscientisation » (lecture, ouvrages sur l'autothérapie, participation à des séances d'information). De telles activités aident les victimes à mieux connaître leurs réactions éventuelles et les avantages qu'elles peuvent retirer d'une thérapie (Prochaska et coll., 1994).
- Il existe aussi d'autres moyens de motiver les victimes : constater les effets sur elles-mêmes et sur les autres, éprouver et exprimer leurs émotions et suivre l'évolution des normes sociales concernant la victimisation et la demande d'aide (Rosen, 2000).
- Les intervenants peuvent aider les victimes à se préparer au terme de leur thérapie en leur enseignant des habitudes de vie saines, en les mettant en garde contre les signes précurseurs d'une régression et en leur montrant comment surveiller leur propre comportement et pratiquer d'autres activités quotidiennes qui les aideront à acquérir et à conserver une emprise sur leur vie. Dans une thérapie, il faut souvent consacrer du temps à l'exercice et à la maîtrise de ces compétences.
- Pour aider les victimes, les intervenants pourront aussi leur montrer comment informer leurs soutiens naturels (membres de la famille, amis, etc.).



## 7.0 Évaluation : Quelles questions poser?

### 7.1 Principaux points à discuter dans une entrevue initiale

L'une des principales fonctions d'un modèle de prestation de services consiste à déterminer les besoins du patient et à établir le lien entre le patient et les services. Compte tenu de la théorie et des recherches exposées ci-dessus, les éléments suivants constituent des sujets essentiels à explorer au cours des premières rencontres avec un patient. En recueillant ces renseignements il faut toutefois laisser à la victime l'occasion d'exprimer son point de vue (Robinson, 2000). En d'autres termes, il serait souhaitable que les intervenants tiennent compte des points suivants quand ils discutent avec les victimes, mais leur permettent aussi de raconter leur histoire avec leurs propres mots. La liste qui suit n'est pas une liste de vérification, mais plutôt un guide permettant aux intervenants de se faire une opinion clinique éclairée.

#### ***Caractéristiques de la victime : Antécédents***

- ◆ Victimisation antérieure (violence physique ou affective ou agressions sexuelles durant l'enfance)
- ◆ Autre victimisation antérieure
- ◆ Antécédents psychiatriques personnels
- ◆ Antécédents psychiatriques familiaux
- ◆ Syndrome de stress post-traumatique antérieur et gravité
- ◆ Habilités d'adaptation utilisées dans le passé

#### ***Caractéristiques de la victime : Actuellement***

- ◆ Caractéristiques de la personnalité
- ◆ Évaluation de l'autoefficacité et de la force du moi
- ◆ Caractéristiques démographiques
- ◆ Stratégies d'adaptation actuelles
- ◆ Consommation d'alcool ou de drogue
- ◆ Évaluation du risque de suicide ou d'homicide
- ◆ État mental actuel : troubles psychologiques, adaptation, forces, etc.
- ◆ Présence de dissociation
- ◆ Réseau de soutien actuel
- ◆ Situation initiale dans le modèle transthéorique de changement de comportement et détermination des facteurs de motivation
- ◆ Perception qu'a la victime de ses besoins

#### ***Caractéristiques du crime***

- ◆ Caractéristiques de l'acte criminel
- ◆ Gravité du crime
- ◆ Usage de menaces sérieuses
- ◆ Usage d'une arme
- ◆ Incident isolé ou victimisation chronique



- 
- ◆ Contact entre la victime et l'auteur du crime
  - ◆ Auteur du crime connu de la victime
  - ◆ Réaction du système de soutien
  - ◆ Réaction des spécialistes (victimisation secondaire)
  - ◆ Réaction émotionnelle ou dissociative extrême à la suite de l'acte criminel

Les victimes qui éprouvent de la détresse et des symptômes de plus en plus aigus peuvent avoir besoin de services plus intensifs. Par contre, les victimes qui n'éprouvent pas une réaction grave ne doivent pas nécessairement se joindre à un groupe de soutien ou suivre une thérapie individuelle. Elles peuvent toutefois tirer profit de leur participation à des séances d'information ou de la lecture de documentation écrite. Les patients qui ont des réactions plus graves peuvent avoir besoin d'une thérapie plus intensive ou même d'un traitement en milieu hospitalier. Un service uniforme pour tous ne peut pas donner de bons résultats. L'orientation des patients vers des services qui font partie d'un éventail plus grand sera toujours la solution la plus profitable pour eux.

## 8.0 Synthèse et conclusion

**L**es victimes d'actes criminels doivent recevoir rapidement des traitements efficaces qui les aident à se remettre de leur victimisation et à revenir à un état le plus près possible de la normale. Le présent guide offre aux intervenants de l'information sur les recherches récentes qui les aidera à préparer et à offrir des services aux victimes. Les intervenants qui offrent des services de première ligne aux victimes d'actes criminels peuvent souvent rencontrer des personnes qui éprouvent une détresse profonde, des problèmes d'adaptation au traumatisme ou des problèmes de santé mentale, qui manquent de soutien social, qui ont été plusieurs fois victimes d'un crime, etc. Les victimes d'actes criminels constituent essentiellement un groupe diversifié; elles ont donc des réactions différentes et nécessitent des services différents. Rappelons aussi que tous les intervenants offrant des services aux victimes font face à ces problèmes complexes, depuis le personnel de réception qui constitue le premier contact avec les patients, en personne ou au téléphone, jusqu'aux intervenants qui dirigent les thérapies individuelles et en groupes. Toutes ces personnes peuvent tirer profit de l'information contenue dans ce guide.

Tous les intervenants devraient réserver une partie de leur temps et de leurs énergies à la recherche et à la pratique d'activités autothérapeutiques. Ces activités les aideront à prendre soin d'eux-mêmes, de leurs patients et de leurs collègues. Les intervenants doivent être en parfaite forme mentale s'ils veulent être en mesure d'aider les victimes à prendre des décisions, adopter de nouvelles stratégies d'adaptation, consulter leurs soutiens et trouver la motivation dont elles ont besoin. Ils peuvent aussi se servir des conclusions de la recherche et des renseignements théoriques exposés dans ce guide pour mieux comprendre les réactions probables des victimes et pour mieux planifier leurs interventions. Ainsi prémunis, ils pourront adapter leurs interventions aux besoins particuliers de chacun de leurs patients, ce qu'ils doivent absolument faire pour leur offrir les meilleurs services possible. Les intervenants doivent aussi se rappeler que les renseignements et les aptitudes dont il est question dans ce guide peuvent être utiles aux autres personnes qui subissent les conséquences des actes criminels, comme le réseau de soutien naturel des victimes. Ils sont probablement très habitués de collaborer avec les soutiens des victimes afin d'assurer à ces dernières un milieu de vie sain.

### 8.1 Principales conclusions de la recherche

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'un des objectifs du présent guide est d'offrir aux intervenants une source d'information sur les principales conclusions de la recherche et sur les liens vers les ressources d'aide aux victimes. La présente section est un résumé de ces conclusions facile à consulter. Grâce au modèle de Casarez-Levison (1992), qui sous-tend les principales conclusions de la recherche, le lecteur peut se faire une idée précise des obstacles que peut rencontrer la victime sur la voie de l'adaptation et du rétablissement. Dans le cadre de leur travail auprès des victimes et de leurs soutiens, les intervenants voudront peut-être garder en mémoire les éléments suivants.



### **Prévictimisation et organisation**

Ce stade caractérise le degré d'adaptation de l'individu avant la victimisation (Casarez-Levison, 1992). À ce stade, les intervenants voudront se faire une idée assez détaillée des antécédents du sujet, en recueillant l'information dans le cadre d'une entrevue formelle ou en ayant recours à leurs moyens habituels. Ils devraient tenir compte des éléments suivants :

- ◆ Antécédents de violence et d'agressions sexuelles durant l'enfance (Messman et Long, 1996; Nishith et coll., 2000; Pimlott-Kubiak et Cortina, 2003);
- ◆ Antécédents du syndrome de stress post-traumatique (Brunet et coll., 2001);
- ◆ Gravité des épisodes antérieurs du syndrome de stress post-traumatique (Brunet et coll., 2001);
- ◆ Antécédents de victimisation ou de traumatisme découlant d'un acte criminel (Byrne et coll., 1999; Messman et Long, 1996; Norris et coll., 1997; Nishith et coll., 2000; Ozer et coll., 2003);
- ◆ Antécédents psychiatriques, particulièrement de dépression (Ozer et coll., 2003);
- ◆ Antécédents familiaux de troubles psychiatriques (Ozer et coll., 2003);
- ◆ Caractéristiques de la personnalité (Davis et coll., 1998; Nolen-Hoeksema et Davis, 1999; Thompson et coll., 2002);
- ◆ Antécédents d'adaptation (Dempsey, 2002; Everly et coll., 2000; Harvey et Bryant, 2002);
- ◆ Antécédents des relations interpersonnelles (Kliwer, Murelle, Mejia, Torres de G et Angold, 2001; Mikulincer et coll., 1993; Nelson et coll., 2002).

### **Victimisation et désorganisation**

Ce stade caractérise l'acte criminel proprement dit ainsi que les premières heures et les premiers jours suivant le crime (Casarez-Levison, 1992). Les victimes et les intervenants doivent tenir compte des éléments suivants :

- ◆ Les caractéristiques du crime, et plus particulièrement sa gravité, ont une influence déterminante sur le traumatisme (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001; Norris et coll., 1997; Ozer et coll., 2003);
- ◆ Les caractéristiques de la victime, comme son sexe, son âge, ses antécédents, etc., peuvent avoir une influence sur sa réaction (Brewin et coll., 2000; Greenberg et Ruback, 1992; Pimlott-Kubiak et Cortina, 2003; Wilmsen-Thornhill et Thornhill, 1991; Weinrath, 2000);
- ◆ Mise en garde contre la victimisation secondaire causée par le système (Campbell et coll., 1999; Hagemann, 1992; Norris et coll., 1997);
- ◆ La dissociation, pendant ou immédiatement après le crime, est un prédicteur significatif du syndrome de stress post-traumatique (Halligan et coll., 2003; Ozer et coll., 2003);
- ◆ Les souvenirs associés au traumatisme sont plus désorganisés que les autres souvenirs (Halligan et coll., 2003);
- ◆ Dans certains cas, la dissociation initiale (choc) peut être adaptative, c'est-à-dire qu'elle peut empêcher l'encodage dans la mémoire à long terme (Bromberg, 2003);
- ◆ L'attention peut diminuer (Holman et Silver, 1998);
- ◆ Besoin de soutien social (émotionnel, informatif, appréciatif ou instrumental);

- ◆ Donner à la victime de l'information qui l'aidera à prendre des décisions;
- ◆ Donner de l'information sur les ressources et les réactions les plus courantes;
- ◆ Les réactions émotives doivent être vécues et traitées;
- ◆ Évaluation des mécanismes d'adaptation de la victime;
- ◆ Des modèles d'intervention en cas de crise peuvent aider la victime à surmonter les premiers problèmes causés par la victimisation (Calhoun et Atkeson, 1991).

### ***Transition et protection***

Ce stade caractérise la manière dont l'individu commence à s'adapter à la victimisation et à sa signification (Casarez-Levison, 1992). C'est lorsque les victimes sont à ce stade que les intervenants sont le plus susceptibles d'intervenir activement.

- ◆ La victime peut avoir accès aux soutiens naturels et professionnels (Casarez-Levison, 1992);
- ◆ L'intervenant peut recourir au modèle transthéorique de changement de comportement pour déterminer le niveau de service dont la victime a besoin (Prochaska et coll., 1992);
- ◆ La dissociation peut être un indice de difficultés ultérieures (Ozer et coll., 2003);
- ◆ Il peut y avoir un blocage actif des souvenirs (Thompson, 2000);
- ◆ La victime peut fuir le souvenir du crime au moyen de l'alcool, de la drogue ou encore de l'évitement actif (Everly et coll., 2000; Hagemann, 1992; Mezy, 1988; Wolkenstein et Sterman, 1998);
- ◆ La victime peut adopter un comportement axé sur la sécurité (Hagemann, 1992);
- ◆ La victime peut se concentrer sur la recherche d'une signification (Gorman, 2001; Layne et coll., 2001; Nolen-Hoeksema et Davis, 1999; Thompson, 2000);
- ◆ La comparaison sociale aide souvent à comprendre la victimisation (Hagemann, 1992; Greenberg et Ruback, 1992; Thompson, 2000);
- ◆ La victime peut se livrer à l'autocomparaison axée sur les changements avant et après la victimisation (McFarland et Alvaro, 2000);
- ◆ Le traitement actif peut commencer (Casarez-Levison, 1992);
- ◆ La victime doit être prévenue qu'au début du traitement son état peut s'aggraver avant de s'améliorer (Nishith et coll., 2002);
- ◆ Les traitements du SSPT qui comprennent un élément d'exposition semblent efficaces (Bryant et coll., 2003; Nishith et coll., 2002);
- ◆ L'autoefficacité peut jouer un rôle important dans les programmes de traitement (Thompson et coll., 2002);
- ◆ Les patients qui s'engagent sur le plan émotif se rétablissent plus rapidement (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001).

### ***Réorganisation et résolution du problème***

À ce stade, l'individu redevient un être au fonctionnement stable (Casarez-Levison, 1992). L'intervenant et la victime doivent tenir compte des éléments suivants :

- ◆ Le rétablissement ne signifie pas le retour à l'état qui précédait la victimisation (Hagemann, 1992);



- 
- ◆ Le modèle transthéorique de changement de comportement peut aider à la conservation de nouveaux comportements plus sains (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992);
  - ◆ La victime peut se convaincre qu'avoir survécu au crime signifie qu'elle est forte (Hagemann, 1992; Thompson, 2000);
  - ◆ Les stratégies d'adaptation négatives qui subsistent doivent être délaissées (Dempsey, 2002);
  - ◆ L'activisme peut devenir un résultat positif à long terme de la victimisation (Hagemann, 1992).

## 9.0 Références

- ABRAMS, D., VIKI, G. T., MASSER, B. et BOHNER, G. « Perceptions of stranger and acquaintance rape: the role of benevolent and hostile sexism in victim blames and rape proclivity », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 84, n° 1, 2003, p. 111-125.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4e édition, Washington, DC, Author, 1994.
- BANDURA, A. *Self-efficacy: The exercise of control*, New York, W. H. Freeman and Company, 1997.
- BREWIN, C. R., ANDREWS, B. et VALENTINE, J. D. « Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, n° 5, 2000, p. 748-766.
- BROMBERG, P. M. « Something wicked this way comes: Trauma, dissociation, and conflict: The space where psychoanalysis, cognitive science, and neuroscience overlap », *Psychoanalytic Psychology*, vol. 20, n° 3, 2003, p. 558-574.
- BROWN, C. et O'BRIEN, K. M. « Understanding stress and burnout in shelter workers », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 29, n° 4, 1998, p. 383-385.
- BRUNET, A., BOYER, R., WEISS, D. S. et MARMAR, C. R. « The effects of initial trauma exposure on the symptomatic response to a subsequent trauma », *Canadian Journal of Behavioural Science = Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 33, n° 2, 2001, p. 97-102.
- BRYANT, R. A., MOULDS, M. L., GUTHRIE, R. M., DANG, S. T. et NIXON, R. D. V. « Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of Posttraumatic Stress Disorder », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, n° 4, 2003, p. 706-712.
- BURLINGAME, G. M. et LAYNE, C. M. « Group-based interventions for trauma survivors: Introduction to the special issue », *Group Dynamics*, vol. 5, n° 4, 2001, p. 243-245.
- BYRNE, C. A., RESNICK, H. S., KILPATRICK, D. G., BEST, C. L. et SAUNDERS, B. E. « The socio-economic impact of interpersonal violence on women », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 67, n° 3, 1999, p. 362-366.
- CADELL, S., REGEHR, C. et HEMSWORTH, D. « Factors contributing to posttraumatic growth: A proposed structural equation model », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 73, n° 3, 2003, p. 279-287.
- CALHOUN, K. S. et ATKESON, B. M. *Treatment of rape victims: Facilitating psychosocial adjustment*, Toronto (Ontario), Pergamon Press, 1991.
- CAMPBELL, R., SEFL, T., BARNES, H. E., AHRENS, C. E., WASCO, S. M. et ZARAGOZA-DIESFELD, Y. « Community services for rape survivors: enhancing psychological well-being or increasing trauma? », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 67, n° 6, 1999, p. 847-858.



- CASAREZ-LEVISON, R. « An empirical investigation of coping strategies used by victims of crime: Victimization redefined », dans E. Viano (dir.), *Critical issues in victimology: International perspectives*, New York, Springer Publishing Co, 1992, p. 46-57.
- DALEY, S. E., HAMMEN, C. et RAO, U. « Predictors of first onset and recurrence of major depression in young women during the 5 years following high school graduation », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 109, n° 3, 2000, p. 525-533.
- DAVIS, C. G., NOLEN-HOEKSEMA, S. et LARSON, J. « Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 75, n° 2, 1998, p. 561-574.
- DEMPSEY, M. « Negative coping as mediator in the relation between violence and outcomes: Inner-city African American youth », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 72, n° 1, 2002, p. 102-109.
- EVERLY, G. S., FLANNERY, R. B. et MITCHELL, J. T. « Critical Incident Stress Management (CISM): a review of the literature », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 5, 2000, p. 23-40.
- FOY, D. W., ERIKSSON, C. B. et TRICE, G. A. « Introduction to group interventions for trauma survivors », *Group Dynamics*, vol. 5, n° 4, 2001, p. 246-251.
- GILBOA-SCHECHTMAN, E. et FOA, E. B. « Patterns of recovery from trauma: The use of intraindividual analysis », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 110, n° 3, 2001, p. 392-400.
- GORMAN, W. « Refugee survivors of torture: Trauma and treatment », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 32, n° 5, 2001, p. 443-451.
- GREENBERG, M. S. et RUBACK, R. B. *After the crime: Victim decision making*, New York, Plenum Press, 1992.
- GROSCH, W. N. et OLSEN, D. C. *Souffrir à force d'aider : le "burnout" dans la relation d'aide : une perspective nouvelle*, Bruxelles, Éditions SATAS, 1994.
- HAGEMANN, O. « Victims of violent crime and their coping processes », dans E. Viano (dir.), *Critical issues in victimology: International perspectives*, New York (NY), Springer Publishing Co, 1992, p. 58-67.
- HALLIGAN, S. L., MICHAEL, T., CLARK, D. M. et EHLERS, A. « Posttraumatic stress disorder following assault: The role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, n° 3, 2003, p. 419-431.
- HARVEY, A. G. et BRYANT, R. A. « Acute Stress Disorder: A synthesis and critique », *Psychological Bulletin*, vol. 128, n° 6, 2002, p. 886-902.
- HILL, J.K. *Réaction des victimes au traumatisme et conséquences sur les interventions : étude et synthèse de la documentation*, Ottawa (Ontario), Justice Canada, 2003.
- HOLMAN, E. A. et SILVER, R. C. « Getting "stuck" in the past: Temporal orientation and coping with trauma », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 74, n° 5, 1998, p. 1146-1163.



- HOLMQVIST, R. et ANDERSEN, K. « Therapists' reactions to treatment of survivors of political torture », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 34, n° 3, 2003, p. 294-300.
- KILPATRICK, D. G., RUGGIERO, K. J., ACIERNO, R., SAUNDERS, B. E., RESNICK, H. S. et BEST, C. L. « Violence and risk of PTSD, Major Depression, Substance Abuse/Dependence, and comorbidity: Results from the national survey of adolescents », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, n° 4, 2003, p. 692-700.
- KLIEWER, W., MURRELLE, L. MEJIA, R., TORRES DE, G. Y. et ANGOLD, A. « Exposure to violence against a family member and internalizing symptoms in Colombian adolescents: The protective effects of family support », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 69, n° 6, 2001, p. 971-982
- KORALESKI, S. F. et LARSON, L. M. « A partial test of the transtheoretical model in therapy with adult survivors of childhood sexual abuse », *Journal of Counseling Psychology*, vol. 44, n° 3, 1997, p. 302-306.
- KOTTLER, J. A. *The therapist's workbook: Self-assessment, self-care, and self-improvement exercises for mental health professionals*, San Francisco (CA), Jossey-Bass Publishers, 1999.
- LAWSON, D. M. « The development of abusive personality: A trauma response », *Journal of Counseling and Development*, vol. 79, n° 4, 2001, p. 505-509.
- LAYNE C. M., PYNOOS, R. S., SALTZMAN, W. R., ARSLANAGIC, B, SAVJAK, N., POPOVIC, T. DURAKOVIC, E., MUSIC, M., CAMPARA, N., DJAPO, N. et HOUSTON, R. « Trauma/Grief-Focused Group Psychotherapy: School-Based Postwar Intervention With Traumatized Bosnian Adolescents », *Group Dynamics*, vol. 5, n° 4, 2001, p. 277-290.
- LEAHY, T., PRETTY, G. et TENENBAUM, G. « Childhood sexual abuse narratives in clinically and nonclinically distressed adult survivors », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 34, n° 6, 2003, p. 657-665.
- LEYMANN, H et LINDELL, J. « Social support after armed robbery in the workplace », dans E. Viano (dir.), *The Victimology Handbook: Research findings, treatment, and public policy*, New York, Garland Publishing Inc, 1992, p. 285-304.
- MARTÍNEZ-TABOAS, A. et BERNAL, G. « Dissociation, psychopathology, and abusive experiences in a nonclinical Latino university student group », *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, vol. 6, n° 1, 2000, p. 32-41.
- MCFARLAND, C. et ALVARO, C. « The impact of motivation on temporal comparisons: Coping with traumatic events by perceiving personal growth », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 79, n° 3, 2000, p. 327-343.
- MERRILL, L. L., THOMSEN, C. J., SINCLAIR, B. B., GOLD, S. R. et MILNER, J. S. « Predicting the impact of child sexual abuse on women: The role of abuse severity, parental support, and coping strategies », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 69, n° 6, 2001, p. 992-1006.



- MESSMAN, T. L. et LONG, P. L. « Child sexual Abuse and its relationship to revictimization in adult women: A review », *Clinical Psychology Review*, vol. 16, n° 5, 1996, p. 397-420.
- MEZY, G. « Reactions to rape: Effect, counselling and the role of health professionals », dans M. Maguire et J. Pointing (dir.), *Victims of crime: A new deal*, Milton Keynes: Open University Press, 1988, p. 66-73.
- MIKULINCER, M., FLORIAN, V. et WELLER, A. « Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 64, n° 5, 1993, p. 817-826.
- MITCHELL, S. A. *Hope and dread in psychoanalysis*, New York, Basic Books, 1993.
- NELSON, B. S., WANGSGAARD, S., YORGASON, J., HIGGINS KESSLER, M. et CARTER-VASSOL, E. « Single- and dual-trauma couples: Clinical observations of relational characteristics and dynamics », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 72, n° 1, 2002, p. 58-69.
- NISHITH, P., MECHANIC, M. B. et RESICK, P. A. « Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 109, n° 1, 2000, p. 20-25.
- NISHITH, P., RESICK, P. A. et GRIFFIN, M. G. « Pattern of change in prolonged exposure and cognitive-processing therapy for female rape victims with posttraumatic stress disorder », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, n° 4, 2002, p. 880-886.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. et DAVIS, C. G. « "Thanks for Sharing That": Ruminators and their social support networks », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 77, n° 4, 1999, p. 801-814.
- NORRIS, F. H., KANIASTY, K. et THOMPSON, M. P. « The psychological consequences of crime: Findings from a longitudinal population-based studies », dans R. C. Davis, A. J. Lurigio et W. G. Skogan (dir.), *Victims of Crime*, 2e édition, Thousand Oaks (CA), Sage Publications, 1997, p. 146-166.
- OVAERT, L. B., CASHEL, M. L. et SEWELL, K. W. « Structured group therapy for Posttraumatic Stress Disorder in incarcerated male juveniles », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 73, n° 3, 2003, p. 294-301.
- OZER, E. J., BEST, S. R., LIPSEY, T. L. et WEISS, D. S. « Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis », *Psychological Bulletin*, vol. 129, n° 1, 2003, p. 52-73.
- PIMLOTT-KUBIAK, S. et CORTINA, L. M. « Gender, victimization, and outcomes: Reconceptualizing risk », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 71, n° 3, 2003, p. 528-539.
- PINES, A. et ARONSON, E. *Career burnout: Causes and cures*, New York, The Free Press, 1988.

- PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C. et NORCROSS, J. C. « In search of how people change: Applications to addictive behaviors », *American Psychologist*, vol. 47, n° 9, 1992, p. 1102-1114.
- PROCHASKA, J. O., VELICER, W. F., ROSSI, J. S., GOLDSTEIN, M. G., MARCUS, B. H., RAKOWSKI, W., FIORE, C., HARLOW, L. L., REDDING, C. A., ROSENBLOOM, D. et ROSSI, S. R. « Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors », *Health Psychology*, vol. 13, n° 1, 1994, p. 39-46.
- RESICK, P. A., NISHITH, P., WEAVER, T. L., ASTIN, M. C. et FEUER, C. A. « A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, n° 4, 2002, p. 867-879.
- RICHARDSON, J. I. *Guide sur le traumatisme vicariant : solutions recommandées pour les personnes luttant contre la violence*, Ottawa (Ontario), Santé Canada, 2001.
- ROBINSON, D. J. *Three Spheres: A Psychiatric Interviewing Primer*, London (Ontario), Rapid Psychler Press, 2000.
- ROGERS, K. et KELLOWAY, E. K. « Violence at work: Personal and organizational outcomes », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 2, n° 1, 1997, p. 63-71.
- ROSEN, C. S. « Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis », *Health Psychology*, vol. 19, n° 6, 2000, p. 593-604.
- SMITH, K. J., SUBICH, L. M. et KALODNER, C. « The transtheoretical model's stages and processes of change and their relation to premature termination », *Journal of Counseling Psychology*, vol. 42, n° 1, 1995, p. 34-39.
- STILLWELL, A. M. et BAUMEISTER, R. F. « The construction of victim and perpetrator memories: Accuracy and distortion in role-based accounts », *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 23, n° 11, 1997, p. 1157-1172.
- THOMPSON, M. « Life after rape: A chance to speak? ». *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 15, n° 4, 2000, p. 325-343.
- THOMPSON, M. P., KASLOW, N. J., SHORT, L. M. et WYCKOFF, S. « The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy-suicide attempts relation among African American abused women », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, n° 4, 2002, p. 942-949.
- ULLMAN, S. E. « Social support and recovery from sexual assault: A review », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 4, n° 3, 1999, p. 343-358.
- WEINRATH, M. « Violent victimization and fear of crime among Canadian Aboriginals », dans N. J. Pallone (dir.), *Race, ethnicity, sexual orientation: The realities and the myths*, New York, Haworth Press, 2000, p. 107-120.



---

WILMSEN-THORNHILL, N. et THORNHILL, R. « An evolutionary analysis of psychological pain following human (homo sapiens) rape: IV. The effect of the nature of the sexual assault », *Journal of Comparative Psychology*, vol. 105, n° 3, 1991, p. 243-252.

WOLKENSTEIN, B. H. et STERMAN, L. « Unmet needs of older women in a clinic population: The discovery of possible long-term sequelae of domestic violence », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 29, n° 4, 1998, p. 341-348.