

***Mobilisation communautaire pour les femmes et les filles qui s'automutilent :
analyse contextuelle des fournisseurs de services au Manitoba***

Catherine J. Fillmore, Université de Winnipeg
Colleen Anne Dell, Université Carleton et
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
de concert avec la Société Elizabeth Fry du Manitoba

Septembre 2005

RÉSUMÉ

L'automutilation chez les femmes et les filles constitue un problème de santé grave au Canada (Fillmore et Dell, 2001; Presse et Hart, 1999; Arbour, 1996; ACSEF, 1995; Weekes et Morrison, 1992). En 2000, la Société Elizabeth Fry du Manitoba a lancé une *étude préliminaire* sur les femmes en milieu communautaire et carcéral ayant des antécédents d'automutilation. Cette recherche a amélioré de façon substantielle les connaissances sur cette question et sa compréhension, notamment sur la perception qu'ont les femmes de l'automutilation, leurs besoins, les facteurs de risque et les programmes (soutiens et services) offerts par les organismes communautaires et les établissements correctionnels dans ce domaine. Ces travaux ont également permis de mieux prendre conscience de la façon dont l'automutilation est perçue par le personnel et du rôle pivot que joue la culture dans les programmes, les soutiens et les services de guérison autochtones. Le rapport intégral, intitulé *Prairie Women, Violence and Self-Harm* (PWVSH), est accessible (en anglais seulement) à www.pwhce.ca/pdf/self-harm.pdf. Parmi les principales conclusions de l'étude, mentionnons les suivantes :

- il existe un lien étroit entre l'expérience de la violence pendant l'enfance et à l'âge adulte, d'une part, et l'automutilation, d'autre part;
- l'automutilation commence surtout à l'adolescence;
- on connaît mal les ressources en matière d'automutilation qui existent dans la collectivité et les établissements correctionnels;
- tant le milieu communautaire que carcéral ne disposent généralement pas de programmes ni de politiques et de lignes directrices claires ciblant précisément l'automutilation;
- il existe un besoin criant de programmes, de soutiens et de services aux autochtones conçus et offerts par des femmes autochtones.

Fondée sur les déclarations des femmes, les perceptions du personnel et l'examen de la documentation dans diverses disciplines, la définition suivante de l'automutilation s'est dégagée peu à peu au cours des travaux :

Comportement physique, émotionnel, social ou spirituel adopté par une femme dans l'intention de se nuire à elle-même. Il s'agit d'un moyen de faire face et de

survivre à une douleur émotionnelle et à un sentiment de détresse découlant d'épisodes traumatisants d'abus et de violence dans l'enfance et à l'âge adulte. C'est une action significative remplissant une variété de fonctions dans la lutte de la femme pour sa survie.

Dans cette lignée, un modèle holistique de l'automutilation a également été élaboré, qui montre le vaste éventail de moyens d'utiliser son corps pour exprimer la douleur émotionnelle et la détresse, allant des expressions externes évidentes (p. ex. lacérations) jusqu'aux formes internes moins visibles, comme l'abus de substances. Le modèle répertorie six grandes catégories d'automutilation, soit en ordre hiérarchique : 1. blessures physiques; 2. comportements autodestructeurs; 3. relations destructrices; 4. évocation du suicide; 5. chirurgie plastique compulsive; 6. automutilation découlant de troubles psychiatriques. La nature de l'automutilation féminine est d'une complexité manifeste et comporte de multiples facettes. Du fait de la pauvreté, du sexisme, de la colonisation, du racisme et de la discrimination, bien des femmes ont été privées de leurs droits, et c'est dans ce contexte que certaines d'entre elles ont adopté l'automutilation. *La compréhension de cette réalité les a menées à percevoir l'automutilation comme un moyen malsain, mais nécessaire de faire face à des situations douloureuses et oppressives.* Cette perception de l'automutilation est devenue le fondement des deux étapes subséquentes du projet.

En 2002, la Société Elizabeth Fry a mis au point le *deuxième volet* du projet sur l'automutilation, qui visait à sensibiliser davantage la population au fait qu'il s'agit d'un problème de santé important chez les femmes criminalisées, par une diffusion systématique et stratégique de ces nouvelles connaissances et des conclusions du rapport de recherche *Prairie Women, Violence and Self-Harm (PWVSH)* de 2001. Les principales populations ciblées étaient avant tout les participantes à l'étude, les femmes dans la collectivité et dans les établissements correctionnels qui s'automutilent, les fournisseurs de services, les principaux décideurs des domaines de la santé et de la justice ainsi que les éducateurs de tous les niveaux d'enseignement.

En 2003, la Société Elizabeth Fry a lancé le *troisième volet* du projet sur l'automutilation. Tant les conclusions de l'étude PWVSH de 2001 que les activités d'application des connaissances de l'équipe ont mis en lumière la nécessité de mieux comprendre le point de vue des fournisseurs de services communautaires aux femmes et aux filles qui s'automutilent. L'équipe de recherche a alors collaboré activement avec le Comité intersectoriel de Winnipeg sur l'automutilation, créé dans le cadre du deuxième volet, pour procéder à une analyse contextuelle des fournisseurs de services communautaires et institutionnels du Manitoba qui traitent avec cette population.

L'analyse contextuelle actuelle vise à étudier les connaissances, les expériences et les pratiques des fournisseurs de services relativement à plusieurs facettes de l'automutilation : portrait social des femmes et des filles qui s'automutilent; définitions, perceptions et connaissance de l'automutilation; prévalence de l'automutilation; facteurs de risque; interventions; recommandations. Les travaux ont comme objectifs principaux l'établissement d'une base de connaissances sur les perceptions et la connaissance de l'automutilation au sein d'un vaste éventail de fournisseurs de services communautaires

et institutionnels au Manitoba, la création d'une base de données sur les ressources existantes, l'élaboration de lignes directrices relatives aux programmes et aux politiques, l'examen de questions et de liens précis en matière de recherche découlant de l'enquête PWVSH de 2001, la mise en commun de l'information dans le cadre d'un forum communautaire au Manitoba et la planification des prochaines mesures à prendre pour mettre sur pied des lignes directrices afin d'élaborer des programmes et des politiques sur l'automutilation.

Participants à l'enquête — Les fournisseurs de services

La clientèle des fournisseurs de services se répartissait en trois grandes catégories : les femmes et les filles – catégorie la plus vaste –, les femmes seulement et enfin les adolescentes seulement. Près de la moitié des organismes fournissaient des services spécialement adaptés aux femmes ou aux adolescentes autochtones. La majorité des répondants occupaient un poste de gestionnaire ou de superviseur, et environ un tiers d'entre eux faisaient partie du personnel de première ligne. La plupart occupaient leur poste depuis plusieurs années. La durée d'emploi moyenne des superviseurs était de près de dix ans et, tant pour les gestionnaires que le personnel de première ligne, d'un peu plus de sept ans. Les répondants avaient une vaste expérience dans leur domaine, soit un peu plus de 16 ans en moyenne pour les superviseurs, et d'environ 14 ans et 12 ans respectivement pour les gestionnaires et le personnel de première ligne.

Portrait social des femmes et des filles qui s'automutilent

Le portrait social brossé par les fournisseurs de services de leur clientèle *féminine adulte* s'adonnant à l'automutilation reflétait en grande partie les données de l'étude PWVSH de 2001. La majorité de ces femmes étaient au début ou au milieu de l'âge adulte et étaient relativement peu éduquées, même si près du cinquième d'entre elles avaient fait des études postsecondaires. Trente-neuf pour cent des femmes avaient terminé le premier cycle du secondaire et 26 % avaient obtenu leur diplôme d'études secondaires. Près de la moitié étaient autochtones et environ le tiers, de race blanche. Elles avaient en outre des taux élevés de chômage et de sous-emploi : plus des deux tiers étaient sans emploi et seulement 16 % travaillaient à plein temps. Le tiers d'entre elles seulement avaient un mari ou un conjoint de fait, un tiers étaient célibataires et l'autre tiers se composait de femmes séparées, divorcées ou veuves. Il importe en outre de souligner que plus des trois quarts d'entre elles avaient des enfants à charge. Deux tiers détenaient la citoyenneté canadienne, et environ la moitié de la clientèle des organismes œuvrant auprès des femmes adultes avait des antécédents criminels. Comme l'étude PWVSH de 2001, ce portrait mettait en lumière les difficultés matérielles associées à la pauvreté et les problèmes rencontrés par ces femmes dans la recherche d'un emploi stable afin de subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs enfants.

Selon les fournisseurs de services, leurs clientes avaient subi de nombreux épisodes d'agression et de violence, tant pendant l'enfance qu'à l'âge adulte. Enfants, elles avaient souvent été agressées par des membres de leur famille tout comme par des étrangers; une fois adultes, la violence conjugale a pris le relais. On constate en particulier que la violence commise par un ex-conjoint constituait le type d'agression le plus courant chez les femmes, ce que confirme l'étude PWVSH de 2001, qui avait également mis en

évidence le lien étroit entre l'agression par un conjoint, d'une part, et la violence et l'automutilation, d'autre part. Les fournisseurs de services ont aussi rapporté que leurs clientes s'étaient aussi livrées à des agressions physiques ou à la violence tout au long de leur enfance et de leur vie adulte, le plus souvent dans un contexte familial. Il s'agit là d'une autre conclusion fermement étayée par l'étude PWVSH de 2001. Enfin, pour une vaste majorité de femmes, c'est à l'adolescence qu'a pris naissance la tendance à l'agression physique ou à la violence.

L'étude PWVSH de 2001 ne portait pas spécifiquement sur les *adolescentes*, mais ses conclusions laissent supposer que c'est généralement au cours de l'adolescence que s'installent les habitudes d'automutilation. Pour la présente analyse contextuelle, les fournisseurs de services ont décrit plusieurs traits distinctifs de leur clientèle adolescente. Environ la moitié de ces jeunes filles avaient entre 12 et 14 ans et l'autre, entre 15 et 17 ans; 46 % d'entre elles étaient au premier cycle du secondaire et le tiers, au deuxième cycle. Soulignons qu'une proportion importante d'adolescentes (18 %) ne fréquentait pas l'école. Environ le tiers travaillaient, surtout à temps partiel. En outre, une majorité d'entre elles (63 %) étaient autochtones et environ le quart, de race blanche. Un peu plus des deux tiers des adolescentes étaient de citoyenneté canadienne. En outre, les deux cinquièmes de la clientèle des organismes affirmant travailler avec des adolescentes avaient des antécédents criminels.

Fait marquant, le portrait social des adolescentes brossé par les fournisseurs de services a révélé chez elles un niveau élevé de perturbations familiales et de traumatismes. Seules 36 % des filles habitaient avec leurs parents, contre 8 % vivant dans la rue ou avec des amis, les autres étant placées en foyer d'accueil, en établissement résidentiel ou en centre jeunesse. Mentionnons également la proportion élevée de problèmes d'agressions et de violence familiale, bien supérieure à celle rapportée pour les adultes : comme les femmes, les adolescentes en étaient souvent victimes, tant par des étrangers que par leur petit ami. Enfin, les fournisseurs de services ont déclaré que les filles, comme la clientèle adulte, manifestaient aussi des tendances à la violence physique, principalement envers des membres de leur famille.

Définitions, perceptions et connaissance de l'automutilation

Près de la moitié des fournisseurs de services ont rapporté que leur organisme avait formulé une *définition* de l'automutilation. Les différentes définitions ont trois thèmes en commun : 1. l'automutilation englobe un vaste éventail de comportements; 2. l'automutilation est un mécanisme d'adaptation ou de survie en réponse à une détresse émotionnelle profonde; 3. l'automutilation est un acte volontaire n'impliquant aucune intention suicidaire consciente. Cette perception de l'automutilation présente une très grande similarité avec les conclusions de l'étude PWVSH de 2001.

Les fournisseurs de services étaient généralement tous d'accord avec les divers *types d'automutilation* mentionnés dans l'enquête, les mêmes que ceux retenus dans l'étude PWVSH de 2001, corroborant ainsi la perception voulant que l'automutilation englobe un vaste éventail de comportements. Un classement a également été établi en fonction de l'importance de chaque type d'automutilation, et les blessures physiques, la prise de

risques sexuels et l'abus de substances s'y trouvent au sommet. Il importe de préciser que les répondants ont mentionné quelques nouvelles formes d'automutilation, par exemple le jeu compulsif et l'appartenance à une bande criminalisée.

Tous les fournisseurs de services ont convenu que l'automutilation constitue une stratégie d'adaptation permettant de faire face à la douleur et à la détresse émotionnelle, et ont approuvé toutes les *fonctions d'adaptation* de l'automutilation mentionnées dans l'enquête, qui étaient conformes à celles de l'étude PWVSH de 2001. Un certain nombre de nouvelles conclusions ont cependant pu être tirées. Ainsi, les participants à l'enquête actuelle reconnaissaient beaucoup plus l'automutilation en tant que réaction à la violence conjugale, c'est-à-dire une forme de purification ou d'expression de la détresse émotionnelle et un moyen de reprendre du pouvoir ou le contrôle de soi.

Plus de 60 % des fournisseurs de services ont déclaré que leur organisme n'avait aucune politique relative à l'automutilation, ce qu'avait déjà relevé l'étude PWVSH de 2001. Ceux qui, dans l'enquête actuelle, ont dit en avoir une, avaient généralement opté, en milieu communautaire, pour un modèle de réduction des méfaits et de planification de la protection. En milieu institutionnel, certains ont utilisé l'« analyse de la chaîne de comportements », pratique impliquant la consignation des incidents et de leurs éléments déclencheurs potentiels ainsi que le suivi étroit ou la surveillance constante après un épisode d'automutilation. Plusieurs fournisseurs de services ont mentionné disposer d'un protocole associé à un outil précis d'évaluation du risque de suicide et à une stratégie d'intervention, alors que d'autres ont au contraire insisté sur le fait que les incidents d'automutilation devaient être traités différemment des comportements suicidaires. Les réponses des personnes travaillant dans des centres de soins d'urgence ou de gestion de crise différaient sur certains points. Elles soulignaient notamment l'importance de la participation de la patiente — par exemple, pour soigner ses propres blessures — et soulevaient des inquiétudes à l'égard de comportements imitateurs. En ce qui concerne spécifiquement les adolescentes, les fournisseurs de services ont noté que leurs politiques d'intervention prévoient la communication avec les parents ou les tuteurs de la jeune fille et la collaboration pour l'aiguillage vers des organismes. Le tiers des répondants dont l'organisme n'avait aucune politique directe relative à l'automutilation ont malgré tout nommé des politiques connexes relatives aux soins de santé, qui sont régies par diverses mesures législatives, notamment les lois sur la santé mentale et la protection de l'enfant, ainsi que des protocoles de services d'urgence. La reconnaissance de la nécessité d'une approche intégrée et systémique envers les politiques relatives à l'automutilation constitue l'une des conclusions importantes dégagée.

Les résultats de l'étude PWVSH de 2001 laissent entendre qu'en règle générale, les clientes établissent une distinction claire entre l'automutilation et les *comportements suicidaires*, rejoignant ainsi les fournisseurs de services de l'enquête actuelle qui, en se fondant sur leur expérience et leur opinion professionnelles, ont indiqué que la plupart de leurs patientes établissaient cette distinction. Ce point de vue n'est pourtant pas partagé par tous les fournisseurs de services : même si la majorité estime que leurs clientes n'avaient aucune difficulté à cet égard, ils se montraient plus hésitants pour une petite proportion d'entre elles. En outre, certaines des réponses révélaient que les fournisseurs

de services désiraient mieux comprendre le lien et les différences entre l'automutilation et le suicide. Il s'agit indubitablement pour eux d'un sujet préoccupant qui mérite qu'on s'y attarde davantage.

Dans l'étude PWVSH de 2001, le personnel des établissements correctionnels a mentionné l'*influence des pairs* en tant que facteur de risque que les femmes s'adonnent à l'automutilation en établissement. Les répondants de la présente analyse contextuelle, cependant, se montraient assez incertains de son rôle pour les femmes et les adolescentes : 75 % et 44 % des fournisseurs de services aux adolescentes et aux adultes respectivement étaient ambivalents concernant l'incidence de l'influence des pairs sur les cas d'automutilation. Les proportions de répondants estimant qu'il s'agit bel et bien d'un facteur de risque étaient plutôt rapprochées, soit 22 % pour les femmes et 17 % pour les filles. Les réponses ouvertes des fournisseurs de services ont permis de mieux comprendre cette relation et laissent entendre que les adolescentes qui s'automutilent contribuent à inciter d'autres adolescentes à adopter ce comportement. Il s'agit là d'un autre domaine exigeant un examen plus approfondi.

Prévalence de l'automutilation

Les fournisseurs de services ont eu de la difficulté à estimer la prévalence de l'automutilation chez leurs clientes, adultes comme adolescentes. Ainsi, deux tiers d'entre eux n'ont pu fournir d'information sur l'ampleur du problème ni sur la variation éventuelle des taux d'automutilation chez leur clientèle au cours des deux années précédentes. En ce qui concerne les répondants ayant mentionné une hausse des cas en milieu communautaire et carcéral, on a noté des similarités tant pour ce qui est des formes d'automutilation (blessures physiques, abus d'alcool et de drogues, relations destructrices) que des raisons qui sous-tendent cette hausse (problèmes familiaux, agressions passées, meilleure sensibilisation des fournisseurs de services, plus grande disposition à la divulgation). Une variété de facteurs semblent avoir une incidence sur les taux de prévalence et devraient être pris en compte dans l'examen des résultats. Ces facteurs visent les raisons expliquant les taux de signalement faibles (p. ex. crainte d'une réaction punitive) et élevés (p. ex. sensibilisation accrue à l'automutilation chez les fournisseurs de services). Il faut également tenir compte d'autres facteurs, notamment les diverses définitions de l'automutilation (allant de précises à générales) et l'absence de collecte systématique de données.

De façon plus précise, 14 % des *fournisseurs de services communautaires* ont noté une hausse des cas d'automutilation parmi leur *clientèle féminine adulte* pour quatre types d'automutilation : blessures physiques (lacérations, brûlures), abus d'alcool et de drogues, prise de risques sexuels et relations destructrices. Parmi les raisons soulevées pour expliquer cette hausse, mentionnons les problèmes familiaux et conjugaux, les agressions et une plus grande ouverture des fournisseurs de services envers le traitement de l'automutilation.

Dans les *établissements correctionnels*, 21 % des fournisseurs de services ont noté une hausse des cas d'automutilation parmi les *femmes*, notamment pour trois types d'automutilation : blessures physiques, consommation d'alcool et de drogues et

tatouages. Le jeu compulsif, catégorie non répertoriée pour les détenues dans l'étude PWVSH de 2001, a également été mentionné. Parmi les raisons soulevées pour expliquer cette hausse, les principales étaient une sensibilisation accrue du personnel correctionnel à l'automutilation en tant que réaction d'adaptation et une plus grande disposition chez les femmes à parler de leur comportement avec le personnel.

En ce qui concerne les *adolescentes*, 21 % des *fournisseurs de services communautaires* ont noté une hausse des cas d'automutilation – un pourcentage plus élevé que pour les femmes –, consistant surtout en blessures physiques et en relations destructrices. Tout comme pour leur clientèle adulte, les fournisseurs de services ont déterminé que les problèmes avec la famille et le petit ami étaient le plus souvent à l'origine de l'augmentation des cas d'automutilation chez les adolescentes, mais ils ont également mentionné deux autres facteurs importants : la perte d'identité culturelle pour les filles autochtones et l'influence des pairs qui s'automutilent. Les fournisseurs de services ont associé la hausse des cas à une plus grande sensibilisation des organismes à l'automutilation, au signalement d'un plus grand nombre de cas et à la plus grande disposition des clientes à en parler.

Dans les *établissements correctionnels*, 22 % des fournisseurs de services ont noté une hausse des cas d'automutilation parmi les *adolescentes* – une proportion semblable à celle rapportée pour les femmes –, consistant surtout en blessures physiques, en abus d'alcool et de drogues et en relations destructrices avec des pairs. Les répondants attribuaient principalement cette hausse aux agressions en milieu familial, à l'échec des placements en foyer d'accueil, à la perte de liens avec la famille et, pour les adolescentes autochtones, aux problèmes touchant l'identité culturelle.

Facteurs de risque d'automutilation

Les expériences douloureuses de marginalisation et de privation de leurs droits qu'ont vécues les femmes et les filles au quotidien ont eu une incidence marquante sur leur capacité à faire face à diverses situations. Pour nombre d'entre elles, ces expériences ont accru leur douleur et leur détresse émotionnelle, et donc leur penchant à l'automutilation. Les fournisseurs de services ont cerné huit grands domaines qui, à leur avis, accroissent les risques qu'une *femme* s'automutilent en milieu communautaire, dont les agressions et la violence passées, les perturbations familiales, l'isolement social, les relations interpersonnelles malsaines, la mauvaise santé et divers facteurs structurels sociaux, surtout ceux touchant les problèmes de subsistance d'une part et la discrimination et la marginalisation qui en découlent, d'autre part. Ces résultats sont conformes aux facteurs de risque rapportés pour les femmes dans l'étude PWVSH de 2001. Les participants à la présente analyse contextuelle ont cependant décrit ces facteurs de façon plus détaillée et ont relevé d'autres domaines à risque, qui expliquent notamment l'effet dévastateur des internats et de la colonisation en tant que facteurs de risque accrus d'automutilation chez les femmes autochtones, tout comme les relations négatives avec les organismes gouvernementaux. Enfin, ils ont souligné que la désorganisation communautaire et l'insuffisance des ressources sont également des éléments importants qui contribuent à l'automutilation des femmes en milieu communautaire.

Les fournisseurs de services ont retenu six grands facteurs de risque pour les *femmes en établissements*, principalement en centre correctionnel : séparation de la famille, stress dû au milieu institutionnel, relations négatives avec le personnel, relations tendues avec les pairs, ségrégation et problèmes de santé mentale. Trois d'entre eux sont directement liés à la détresse émotionnelle ressentie par les détenues et à la souffrance découlant de leur emprisonnement : crainte de perdre leurs enfants, traumatisme associé à la ségrégation et relations négatives avec le personnel. Même si les employés des établissements correctionnels ayant participé à l'étude PWVSH de 2001 n'ont mentionné aucune relation négative à leur égard, les femmes ont tout de même inclus cet élément parmi les facteurs de risque d'automutilation. Dans les deux enquêtes, les fournisseurs de services ont accordé une grande importance aux conditions régnant dans le milieu correctionnel et à leur rôle sur l'exacerbation de la douleur émotionnelle et de la détresse des femmes, et donc sur leur tendance à s'automutiler.

Dans l'étude PWVSH de 2001, de nombreuses femmes ont déclaré que les premiers épisodes d'automutilation surviennent à l'adolescence. Les fournisseurs de services qui ont participé à l'enquête actuelle ont retenu six grands facteurs de risque chez les *adolescentes en milieu communautaire* : antécédents d'agression et de violence; perturbations et traumatismes familiaux; isolement social et absence de relations saines avec les pairs; liens et engagement faibles au sein d'activités communautaires pour les jeunes et accès insuffisant aux ressources; mauvaise santé; et facteurs structurels sociaux, surtout liés à la pauvreté de la famille et à l'itinérance. Même si les adolescentes et les femmes en milieu communautaire ont certains facteurs de risque en commun, notamment en ce qui concerne les antécédents d'agression et de violence, on s'inquiète davantage pour les premières des cas d'exploitation sexuelle par des membres de la famille ou des étrangers, de même que de la participation au commerce du sexe. Parmi d'autres similarités, mentionnons les ressources communautaires insuffisantes, l'isolement social et des facteurs touchant la santé, comme l'abus d'alcool et de drogues. Dans l'ensemble, les fournisseurs de services ont nommé une multitude de facteurs de risque et mis en relief les effets cumulatifs de la pauvreté, des agressions, de l'instabilité mentale, des troubles du développement et de la mauvaise influence des pairs, notamment l'intimidation, qui rendent les jeunes vulnérables à l'automutilation.

L'expérience des *adolescentes en milieu institutionnel*, particulièrement dans un établissement correctionnel, entraîne divers facteurs de risque qui accroissent la probabilité qu'elles s'automutilent. Les fournisseurs de services participant à l'analyse contextuelle en ont retenu six principaux : séparation de la famille, relations négatives avec le personnel, mauvaises relations avec les pairs (influence négative des pairs et intimidation), antécédents d'agression et de négligence pendant l'enfance et deuil familial, problèmes de santé mentale (dépression et abus de substances) et problèmes d'identité. Les répondants ont reconnu que l'absence d'une relation de confiance entre le personnel et les adolescentes laissait ces dernières démunies pour faire face à leurs antécédents complexes d'agression et de deuil, leur sentiment d'isolement et leurs besoins en matière de santé mentale. Ils ont en outre laissé entendre que l'intimidation a une incidence plus marquée sur les jeunes filles que sur les femmes et a chez les adolescentes un effet démoralisant pouvant mener à l'automutilation. Il importe de

souligner que ces données concordent en grande partie avec les facteurs de risque notés pour les femmes en établissement, à quelques exceptions près, par exemple en ce qui a trait aux questions d'estime de soi et d'identité, qui jouent un rôle crucial pour la croissance saine des adolescentes.

Interventions

Selon les fournisseurs de services, leurs *clientes adultes* se livrent le plus souvent aux quatre types suivants d'automutilation : blessures physiques (coupures et lacérations), comportements autodestructeurs (toxicomanie – alcool, drogues illicites et médicaments d'ordonnance ou en vente libre), relations destructrices (violence familiale) et évocation du suicide (pensées suicidaires et tentatives de suicide). Tant dans l'étude PWVSH de 2001 que dans l'enquête actuelle, les réponses des fournisseurs de services étaient plutôt uniformes en ce qui concerne certains principes servant à guider le soin des femmes qui s'automutilent, mentionnant notamment l'autonomisation, la sensibilité culturelle et le recours à un personnel bienveillant et engagé qui veille au suivi et à la continuité des soins. La prestation constante d'un soutien empathique et coordonné constitue un thème commun qui sous-tend les interventions des fournisseurs ayant participé à l'une ou l'autre des enquêtes. Voici quelques-uns des principes directeurs et des mesures définissant leurs interventions par rapport à l'automutilation chez les femmes :

- offrir des choix et de l'information sur les conséquences de l'automutilation de façon à renforcer l'autonomie des femmes;
- donner de la rétroaction et du soutien aux femmes tout au long de leur progression dans les diverses étapes de leur guérison;
- offrir du soutien, défendre la cause et favoriser l'accès aux ressources communautaires appropriées (refuges, logement de secours, transport) et les aiguiller vers ces ressources (rendez-vous chez le médecin, travailleur communautaire en santé mentale, aîné);
- assigner chaque dossier à des employés qui connaissent bien la culture donnée.

Selon les fournisseurs de services, leurs *clientes adolescentes* se livrent le plus souvent aux trois types d'automutilation suivants : blessures physiques (lacérations et coupures), comportements autodestructeurs (troubles de l'alimentation, prise de risques sexuels, abus de substances) et relations destructrices (traumatismes et victimisation remontant à l'enfance). La prestation de soins sans porter de jugement et avec compassion constitue le principal thème qui sous-tend les interventions des fournisseurs de services aux adolescentes, mais ils ont toutefois aussi souligné l'importance d'adopter une approche intégrée fondée sur un éventail de soutiens et de services communautaires. Voici quelques-uns des principes directeurs et des mesures définissant leurs interventions par rapport à l'automutilation chez les adolescentes :

- encourager un rôle actif dans les soins afin de favoriser un sentiment d'autonomisation, p. ex. en faisant participer l'adolescente au soin de ses blessures;

- avoir recours à une variété de soutiens et de services communautaires, p. ex. aiguillage vers l'organisme approprié, comme l'Association canadienne pour la santé mentale, ou vers un aîné pour des conseils spirituels;
- offrir des occasions d'éducation dans un milieu agréable (p. ex. en groupe restreint ou en tête-à-tête);
- évaluer les besoins de chaque adolescente en tenant compte du contexte social global et en veillant à l'intégration appropriée des services.

Les travailleurs communautaires et les employés des établissements correctionnels qui ont participé à l'étude PWVSH de 2001 ont déterminé que l'une des interventions les plus utiles en cas d'automutilation consistait à concevoir des programmes pour les Autochtones et à recourir aux techniques de guérison. Dans le cadre de la présente analyse contextuelle, une vaste majorité des fournisseurs de services ont déclaré que leurs programmes (soutiens ou services) comportaient un volet adapté à la culture des *femmes* (77 %) et des *filles* (63 %) *autochtones*, regroupant un vaste éventail de cours sur la culture, de cérémonies traditionnelles et de techniques de guérison. Voici quelques-unes des composantes mentionnées pour les *femmes* :

- spiritualité autochtone traditionnelle recourant au cercle d'influences en tant qu'outil d'enseignement dans le cadre des programmes;
- programmes visant l'établissement de relations saines et comportant un volet axé sur les survivantes des internats;
- ateliers de sensibilisation culturelle, huttes de sudation sur place, cérémonies de la pleine lune et danses du soleil;
- cercles d'échange avec un aîné, sudation, cérémonies, sensibilisation à l'histoire et à la culture;
- aînés disponibles pour faire du counseling traditionnel.

Les fournisseurs de services ont mentionné des programmes semblables pour les *adolescentes autochtones*, tout en notant quelques différences notables, comme le besoin d'une inclusion accrue du personnel autochtone dans les programmes et l'augmentation du nombre de familles d'accueil autochtones. En outre, les répondants ont souligné le défi pour les jeunes d'avoir une conception positive de leur identité autochtone. Il faut aussi préciser que nombre des fournisseurs de services aiguillaient activement leurs clientes, adultes comme adolescentes, vers des programmes adaptés à leur culture.

Recommandations

Les fournisseurs de services ont formulé cinq grandes recommandations relativement aux *femmes* qui s'automutilent : 1. sensibiliser davantage la collectivité à l'automutilation (p. ex. à sa nature complexe en tant que mécanisme d'adaptation); 2. augmenter les occasions d'éducation en matière d'automutilation (p. ex. automutilation dans le contexte des idées suicidaires); 3. mieux former les fournisseurs de services sur l'automutilation (p. ex. davantage de formation et d'ateliers); 4. offrir plus de ressources aux femmes qui s'automutilent, depuis les programmes spécialisés jusqu'aux soutiens et aux services de suivi (p. ex. davantage de services d'approche, de suivi, de possibilités de mentorat et de défense des intérêts); 5. s'attaquer aux facteurs structurels sociaux élargis qui

sous-tendent l'automutilation des femmes (p. ex. problèmes systémiques de pauvreté, logement sécuritaire, alimentation suffisante, éducation, soin des enfants et emploi). Ces recommandations concordent tout à fait avec celles mises de l'avant dans le cadre de l'étude PWVSH de 2001. Il importe de souligner que l'approche autochtone de guérison, quoique non mentionnée dans les recommandations, était fortement préconisée dans bien d'autres sections de l'analyse contextuelle.

Les fournisseurs de services ont formulé cinq grandes recommandations relativement aux *filles* qui s'automutilent. Si, dans l'ensemble, elles se rapprochent de celles mentionnées pour les femmes, elles sont axées plus spécifiquement sur les besoins des adolescentes. Ainsi, pour la première, la sensibilisation de la collectivité, les fournisseurs de services ont souligné l'importance de considérer l'automutilation comme un problème de santé et non comme une simple rébellion d'adolescente. Pour la deuxième, l'augmentation des occasions d'éducation pour les jeunes, ils ont noté qu'il est essentiel que les parents participent aux ateliers. Pour la troisième, visant la formation des fournisseurs de services, les répondants ont rappelé la nécessité d'inclure un vaste éventail de milieux de vie, comme les foyers d'accueil et les centres jeunesse, afin que les interventions aient lieu le plus tôt possible auprès des filles en difficulté qui risquent de s'automutiler. Pour la quatrième, l'offre de plus de ressources, les répondants ont mis en lumière le besoin d'inclure davantage de soutiens et de services destinés précisément aux adolescentes. Enfin, pour la cinquième, les facteurs structurels sociaux élargis, les fournisseurs de services ont indiqué la nécessité de disposer de plus de logements et de refuges pour les jeunes et de services additionnels de counseling pour les enfants et les adolescentes. Dans l'ensemble, les recommandations relatives aux adolescentes se distinguaient de celles établies pour les femmes sur des points clés : elles accordent une plus grande importance à la prise en charge des relations familiales difficiles, à la reconnaissance de la vulnérabilité des jeunes à l'exploitation sexuelle et au risque accru d'automutilation ainsi qu'à la résolution de questions liées à l'identité et à l'estime de soi.

Prochaines étapes

En résumé, la présente analyse contextuelle des fournisseurs de services a mis en lumière le besoin de prendre des mesures précises pour s'attaquer à l'automutilation. Les énoncés qui suivent soulignent la nécessité de passer à l'action dans certains domaines :

- il faut uniformiser les définitions de l'automutilation et instaurer des méthodes systématiques de collecte de données afin d'évaluer la prévalence de l'automutilation et ses diverses manifestations dans divers milieux;
- même si des études ont été réalisées sur la perception de l'automutilation par les femmes, des recherches qualitatives doivent être faites sur la perception des jeunes à cet égard;
- les fournisseurs de services ont besoin de plus d'occasions de se renseigner sur les lignes directrices de leur organisme ou sur ses pratiques communes; en l'absence de telles mesures, un forum est nécessaire afin de formuler et d'élaborer des politiques et des pratiques;
- d'autres travaux de recherche doivent être réalisés afin d'étudier les liens et les différences entre l'automutilation et le suicide;

- peu de recherches évaluatives ont été effectuées sur le traitement, les techniques, les programmes, les soutiens et les services de guérison destinés aux femmes et aux filles qui s'automutilent; il est essentiel d'assurer le suivi et l'évaluation des stratégies d'intervention afin d'améliorer la qualité des soins;
- les fournisseurs de services doivent bénéficier de plus d'occasions de découvrir les ressources existantes sur l'automutilation, particulièrement en ce qui concerne la disponibilité de traitements et de techniques de guérison efficaces ou prometteurs;
- des campagnes de sensibilisation de la population doivent être organisées afin que le public et les professionnels comprennent mieux ce qu'est l'automutilation;
- comme il y a un manque persistant de services de santé adéquats pour les femmes autochtones, il faut immédiatement concevoir des techniques, des programmes, des soutiens et des services de guérison de l'automutilation adaptés à leur culture; ces interventions doivent être élaborées, mises en place et évaluées par des femmes autochtones.

Dans l'immédiat, la prochaine étape des travaux de recherche consistera à examiner les deux derniers objectifs de ce projet. D'abord, les conclusions de l'analyse contextuelle seront rendues publiques dans le cadre d'un forum communautaire tenu au Manitoba afin que puissent être planifiées les étapes subséquentes en ce qui concerne l'élaboration de lignes directrices pour les programmes et les politiques. Plus précisément, le forum aura pour objet de discuter de l'analyse contextuelle à la lumière de ses nouvelles conclusions et d'une comparaison avec l'étude PWVSH de 2001. Des ébauches de lignes directrices pour les programmes et les politiques sur l'automutilation seront également préparées et analysées. Le forum communautaire se déroulera en parallèle avec le projet *Crossing Communities Art* et accueillera des répondants à l'enquête, le Comité intersectoriel de Winnipeg sur l'automutilation, des femmes qui se sont livrées à l'automutilation, les membres de l'équipe de recherche et d'autres organismes communautaires et intervenants clés. L'événement devrait être tenu à l'hiver 2005.

Deuxièmement, un projet de recherche découlant de l'étude de 2001 et de la présente analyse contextuelle sera mis en branle à l'été 2005 et sera aussi examiné dans le cadre du forum communautaire de l'hiver 2005. Grâce au financement de l'Institut de la santé des Autochtones des Instituts de recherche en santé du Canada, un projet de trois ans sera lancé afin d'étudier le rôle de l'identité dans le processus de guérison des femmes autochtones ayant des antécédents criminels et reconnues comme toxicomanes. Ces travaux seront entrepris selon la prémisse voulant que la consommation de drogues constitue une forme d'automutilation. Le projet réunit l'Université Carleton, la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, la Société Elizabeth Fry du Manitoba et l'Université de Winnipeg, et vise à apporter des connaissances nouvelles dans le domaine du traitement qui pourront contribuer à améliorer la santé des Canadiennes autochtones.

Références

Arbour, L. (1996). *Commission d'enquête sur certains événements survenus à la Prison des femmes de Kingston (Canada)*. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

ACSEF (Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry) (1995). *Fiche d'informations : Solutions de rechange à l'incarcération*. Ottawa : ACSEF.

Fillmore, C.J. et **C.A. Dell** (2001). *Prairie Women, Violence, and Self-Harm*. Winnipeg : Société Elizabeth Fry du Manitoba.

Presse, L.D. et **R.D. Hart** (1999). « Variables Associated with Parasuicidal Behaviours by Female Offenders During a Cognitive-Behavioural Treatment Program ». *Canadian Psychology*, 40-2a.

Weekes, J.R. et **S.J. Morison** (1992). « La violence autocentrée : distinctions entre les tendances suicidaires, la simulation et l'automutilation ». *FORUM – Recherche sur l'actualité correctionnelle*. Service correctionnel du Canada (4:3).