

# VOIX EN



# HARMONIE

Frederick Mathews, Ph.D., C. Psych

SENTIERS À SUIVRE POUR LES SURVIVANTS ET SURVIVANTES DE VIOLENCE SEXUELLE

# ***Voix en Harmonie***

---

**Soutien et démarches de guérison  
à l'intention des survivants et survivantes  
d'agression sexuelle**

Préparé par :  
**Frederick Mathews, Ph.D., C. Psych.**  
**L'Association canadienne des familles d'accueil**  
# de projet : 4887-15-92/097

pour :  
**le Centre national d'information  
sur la violence dans la famille  
Santé Canada**

1995

## **VOIX EN HARMONIE**

Soutien et démarches de guérison à l'intention  
des survivants et survivantes d'agression sexuelle

Rédaction : Frederick Mathews, Ph.D., C. Psych.

Tous droits réservés © Mars 1995

Première édition

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

Ce projet a été financé par la Division de la prévention de la violence familiale de Santé Canada.

Les opinions exprimées dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Illustration de la couverture : Karen Demers

Cat. N° : H72-21/137-1995F

ISBN : 0-662-80343-4

(available in English)

Pour obtenir des exemplaires additionnels, veuillez vous adresser au :

### **Centre national d'information sur la violence dans la famille**

Localisateur postal : #0201A1

Direction générale de la promotion et des programmes de santé  
Santé Canada

Ottawa (Ontario) K1A 1B4

Téléphone : (613) 957-2938 • Télécopieur : (613) 941-8930

ou composez sans frais : 1-800-267-1291



Par \*ATS : (613) 952-6396 ou  
composez sans frais : 1-800-561-5643

\*Appareils de télécommunication pour sourds

Là où l'on trouve un grand désir d'apprendre, là aussi trouve-t-on nécessairement de nombreuses discussions, de nombreux écrits, de nombreuses opinions; car l'opinion de bonnes personnes n'est qu'une connaissance en devenir.

adaptation de MILTON



# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>Remerciements</b> .....	
<b>Conseil consultatif national</b> .....	
<b>Avant-propos</b> .....	
<b>Introduction</b> .....	1
Définition de l'agression sexuelle .....	1
Victime ou survivant .....	5
Autres termes utilisés .....	6
<b>Chapitre 1. Un domaine en évolution</b> .....	8
Perspectives limitées .....	9
Meilleure définition, meilleure réponse .....	9
Perception de l'agression sexuelle modelée par l'histoire .....	10
<b>Chapitre 2. Fréquence des actes d'agression sexuelle contre les enfants</b> .....	12
Pourquoi l'agression sexuelle est si peu rapportée .....	13
Les agresseurs .....	18
<b>Chapitre 3. Impact de d'agression sexuelle sur les survivants</b> .....	20
Conséquences de l'agression sexuelle .....	20
Stigmate .....	22
Le cycle victime-agresseur .....	23
Intérioriser et passer à l'acte .....	24
Facteurs affectant le niveau d'impact .....	26
<b>Chapitre 4. Soins et appui à apporter aux survivants adultes</b> .....	28
Un voyage unique .....	29
La guérison, une démarche sociale .....	29
Faire face aux essais antérieurs de guérison .....	30
Aider les survivants à se préparer .....	31
Arriver au counseling .....	31
Interventions privilégiées dans la démarche .....	31
Interventions auprès des survivants autochtones .....	32
Les survivants parents uniques .....	33
Interventions auprès du survivant agresseur .....	34
Choix du conseiller, du thérapeute ou de l'intervenant .....	35
Sexe du conseiller, du thérapeute ou de l'intervenant .....	37
Thérapeutes survivants ou survivantes .....	37

Thérapies de groupe .....	38
Étapes inhérentes à une démarche de groupe .....	40
Types de groupes .....	41
Toxicomanie des survivants .....	41
Prise en charge .....	42
Agression perpétrée par l'intervenant .....	43
Étapes de guérison .....	44
Caractéristiques de l'intervenant influant sur la guérison .....	45
<b>Chapitre 5. Entraves au développement d'appui et de services .....</b>	<b>46</b>
Ressources humaines et financières .....	46
Interventions dans une vision de vie globale .....	50
Recherche, contrôle de la qualité et avancement de la cause .....	52
La normalisation de la violence .....	53
Un domaine en pleine évolution et encore divisé .....	54
Voix en harmonie .....	55
<b>Annexes</b>	
Annexe A : Références .....	57
Annexe B : Ressources pour survivants adultes .....	63
Annexe C : Survivantes - bibliographie choisie .....	67
Annexe D : Survivants - bibliographie choisie .....	69
Annexe E : Association canadienne des familles d'accueil résumé du sondage .....	71

# REMERCIEMENTS

---

**Voix en harmonie : Soutien et démarche de guérison à l'intention des survivants et survivantes d'agression sexuelle** ainsi que le manuel accompagnateur intitulé **Répertoire des services aux survivants et survivantes adultes d'agression sexuelle pendant l'enfance** ont été préparés par l'Association canadienne des familles d'accueil pour le Centre national d'information sur la violence dans la famille.

L'Association canadienne des familles d'accueil remercie particulièrement les gens du Comité consultatif national pour leur expertise et leur sensibilité aux questions; Santé Canada - la Division de la prévention de la violence familiale et le Centre national d'information sur la violence dans la famille pour la confiance et l'encouragement manifestés et pour leur aide financière qui a permis de mener à bien le projet; ainsi que les agents de projets, John Meston, Marlene MacDonald, Allen Istvanffy et Frederick Mathews pour leur persévérance et leur dévouement.

Linda Lelièvre  
Présidente  
l'Association canadienne des familles d'accueil



# CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL

---

M. Rick Morris, Co-directeur  
Institute for Human Resource Development  
321, avenue Hamilton  
St. John's (Terre-Neuve) A1E 1K1

Veronica Marsman, Coordonnatrice  
Children in Care  
Department of Community Services  
C.P. 696  
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2T7

Maggie Fietz, Directrice générale  
Services à la famille Canada  
220, avenue Laurier ouest  
Bureau 600  
Ottawa (Ontario) K1P 5Z9

Leah Mantha, Présidente sortante  
Association canadienne des  
familles d'accueil  
251, rue Bank  
Bureau 608  
Ottawa (Ontario) K2P 1X3

Thomas M. Lebeau, Chef  
Centre de Services sociaux  
Laurentides-Lanaudière  
630, rue Marseille  
Repentigny (Québec) J6A 7A3

Jill Lightwood, Coordonnatrice  
Community Development  
Health and Community Services Agency  
C.P. 2000  
Charlottetown (Î.-P.-É.) C1A 7N8

Marlene MacDonald  
Directrice administrative et recherche  
ACFA  
251, rue Bank  
Bureau 608  
Ottawa (Ontario) K2P 1X3

Len Kushnier, Consultant  
Group Treatment Program for Adult Male  
Survivors  
80, Archer Crescent  
London (Ontario) N6E 2A5

Michael Graydon  
Comité sur le SIDA d'Ottawa  
245, rue Queen, 4<sup>e</sup> étage  
Ottawa (Ontario) K1P 6E5

Fred Mathews  
Gestionnaire, Politique et recherche,  
Central Toronto Youth Services  
65, rue Wellesley est  
Bureau 300  
Toronto (Ontario) M4Y 1G7

Anita Klochko  
1<sup>re</sup> Vice-Présidente  
Association canadienne des familles d'accueil  
C.P. 1013  
Kamsack (Saskatchewan) S0A 1S0

Elizabeth Adkins  
Directrice clinique adjointe  
Children's Home of Winnipeg  
777, du Portage, 4<sup>e</sup> étage  
Winnipeg (Manitoba) R3M 1V8

Catherine Hedlin, Directeur  
Sexual Assault Centre of Edmonton  
9939, avenue Jasper  
Bureau 400  
Edmonton, Alberta T5J 2W8

Wally Pasloski  
Travailleur social  
Dept. of Social Services  
72, rue Smith est  
Yorkton (Saskatchewan) S3N 2Y4

Catharine O'Connor  
2532 Fox Hollow Lane  
Gloucester (Ontario) K1T 1X3

Ann Enge  
Superintendante régionale  
Department of Social Services, Inuvik Region  
Bag 1  
Inuvik (T.N.-O) X0E 0T0

Allen Istvanffy  
Association canadienne des familles d'accueil  
4212, rue St-Urbain  
Montréal (Québec) H2W 1V5

Marie Anderson  
Directrice générale  
Hey Way Noq Healing Circle  
33, rue Broadway est  
Bureau 206  
Vancouver (Colombie-Britannique) V5T 1V4

Elise Poudrette  
Centre des femmes de Montréal  
3585, rue St-Urbain  
Montréal (Québec) H2X 2N6

John Meston, Consultant  
Projet survivants et survivantes adultes  
Association canadienne des familles d'accueil  
11136, 80<sup>e</sup> Avenue  
Edmonton (Alberta) T6G 0R5

Judith Urquhart  
Agent de probation  
Solliciteur général Nouveau-Brunswick  
15, Place du marché, 4<sup>e</sup> étage  
Saint Jean (Nouveau-Brunswick) E2L 1E8

Liette Lalonde, Consultante  
Division de la prévention de la violence  
familiale  
Santé Canada  
Parc Tunney  
Ottawa (Ontario) K1A 1B5

# AVANT-PROPOS

---

**Voix en harmonie** n'est pas un manuel d'instructions et n'offre pas non plus une analyse exhaustive de toutes les questions relevant du domaine des agressions sexuelles contre les enfants ou des survivants et survivantes adultes. Il existe déjà de nombreux et excellents livres, articles, travaux de recherche, modèles de programmes et autres ressources pouvant offrir au lecteur des renseignements précieux. Ce document s'adresse plutôt à tous - le grand public, les professionnels, les intervenants, les survivants ainsi que leurs partenaires - et se veut une introduction à certaines recherches, questions et concepts, ainsi qu'aux controverses découlant du soutien et des soins des survivants et survivantes d'agression sexuelle. On y trouve un bref résumé de quelques-unes des pensées actuelles dans un domaine en pleine évolution et des essais entrepris afin de respecter tant les différences que les similitudes au niveau des expériences vécues par les survivants et les survivantes. Ce document a aussi pour but de se porter à la défense des survivants et survivantes afin que nous soyons plus à l'écoute de leurs besoins et mieux équipés pour les appuyer dans leur démarche de guérison.

**Voix en harmonie** se propose également de rassembler, dans un seul document, des histoires d'hommes et de femmes qui en sont arrivés à surmonter de très difficiles expériences de vie. Ce document tente enfin de trouver un langage commun qui puisse exprimer la diversité des expériences, un langage pouvant rassembler les survivants, survivantes et non-survivants et non-survivantes, les professionnels et autres intervenants, les hommes et les femmes, tous ces êtres partageant une même vision, à savoir la suppression de la violence sexuelle, sous toutes ses formes. Son but est, d'abord et avant tout, d'offrir un message d'espoir.

L'hypothèse de base de ce travail est que l'agression sexuelle constitue un problème répandu qui exige toute notre attention. Il s'agit donc d'une question que l'on doit prendre au sérieux.

Les voix des survivantes et de leurs défenseurs ont rompu le silence entourant le phénomène des agressions sexuelles au Canada. Leur bataille fut longue, les victoires durement gagnées. Il est temps de saluer le travail de pionnières et le courage de ces femmes et de prendre position ensemble afin de faire cesser toutes les formes de violence à l'égard de toute personne dans notre société. Le meilleur moyen de souligner les efforts des femmes sera de laisser de côté nos peurs et nos refus et de prendre sur nous la tâche parsemée de défis qui s'élève devant nous.

Il est aussi important de reconnaître la contribution fort importante du féminisme dans le discours entourant l'agression sexuelle, la violence et la victimisation. Les féministes, écrivant selon divers points de vue, ont été à l'avant-garde de la lutte pour sensibiliser le public à ces questions.

Toute discussion au sujet de l'agression sexuelle doit d'abord citer clairement qu'il y a une dimension de genre à ce phénomène. Même si les femmes ont plus de chance d'être celles qui vont agresser *physiquement* les enfants, les hommes représentent la grande majorité des agresseurs *sexuels* tant des femmes que des enfants. Ceci n'implique nullement que *tous* les hommes soient des agresseurs sexuels ou des violeurs en puissance. La plupart des hommes sont des maris, des amants, des partenaires, des collègues, des pères et des amis des femmes à la fois bons, honnêtes et aimants. Ce fait indique néanmoins que certains aspects de la «masculinité» méritent qu'on s'y attarde davantage et qu'on y consacre nos efforts en vue d'en arriver à la guérison.

Nous vivons dans une période où les femmes demandent aux hommes d'explorer leur coeur et leur esprit et d'être attentifs aux véritables inquiétudes, craintes et expériences des femmes quant à la violence dans les relations interpersonnelles. Elles demandent à tous les hommes de s'intéresser à cette question et de se pencher sur leurs attitudes, leurs comportements, leur humour ou sur toute autre question qui peut contribuer et accepter en douceur la violence à l'égard des femmes ou des enfants. Il s'agit évidemment d'une demande à la fois juste et honnête.

Les hommes, les garçons et les jeunes adolescents ont aussi leur vécu de violence et de victimisation à raconter, des témoignages qu'il nous faut écouter avec humilité et compassion. Ces témoignages diffèrent des expériences des femmes sous certains aspects et méritent qu'on prenne le temps de les écouter. L'isolement que les hommes ressentent face au discours sur la violence et la victimisation prolonge la séparation artificielle entre les survivants et les survivantes et retarde aussi le travail urgent que nous devons faire ensemble à la recherche de solutions au problème de violence sexuelle, d'agression physique, de négligence et de violence sous toutes ses formes.

Le document **Voix en harmonie** est né d'une réunion historique qui a eu lieu à Ottawa à l'automne de 1993. Un groupe consultatif comprenant des hommes et des femmes de différents milieux et de toutes les provinces et territoires s'est trouvé réuni à la même table suite à l'invitation lancée par l'Association canadienne des familles d'accueil pour offrir des idées et des appuis à l'élaboration d'un répertoire national de services à l'intention des femmes et des hommes ayant survécu à l'agression sexuelle. *Pour les besoins de ce document, nous définissons un survivant ou une survivante «adulte» comme toute personne de plus de 16 ans.* Au point de départ, le répertoire devait comporter deux volets - un pour les survivantes, un deuxième pour les survivants - et de là le projet a évolué pour en arriver à se fondre en un seul document. **Voix en harmonie** a été rédigé à titre de document d'accompagnement pour le répertoire national.

La lecture de **Voix en harmonie** peut s'avérer difficile ou troublante pour certaines personnes, enrichissante ou instructive pour d'autres. Lorsqu'on n'a aucune connaissance préalable du domaine des agressions sexuelles, ces pages peuvent contenir de tristes commentaires sur le sort des adultes et des enfants au sein de notre société. D'autres peuvent y puiser un encouragement et des moyens utiles d'élargir leur travail de guérison auprès de leur clientèle.

D'aucuns s'inquiéteront du fait qu'associer les questions de survivants et survivantes pourra éloigner des questions et des inquiétudes relevant spécifiquement du vécu des femmes, en matière de violence et en fin de compte créera une situation où des ressources limitées pour le traitement des survivants deviendront encore de plus en plus rares. C'est une possibilité très réelle qu'il nous faut prévenir. Le mouvement pour les victimes masculines doit beaucoup au mouvement des femmes qui a su sortir de l'ombre la question des agressions sexuelles. La défense des gains et l'appui au développement continu du volet féminin se doit aussi de participer à l'important travail du mouvement regroupant les survivants dans leur diversité. Il ne s'agit pas d'une compétition afin de déterminer qui a souffert le plus. Il y a tellement de travail à accomplir et tant de défis à relever que tous, hommes et femmes, peuvent travailler de concert et s'exprimer d'une seule voix.

La grande générosité d'esprit manifestée parmi les membres du groupe consultatif afin de boucler la boucle, d'initier un dialogue et de combiner les histoires des survivants et des survivantes illustre bien que les hommes et les femmes peuvent unir leurs efforts et oeuvrer ensemble dans la lutte pour faire cesser la violence sexuelle envers toutes les personnes. Ils ont offert une vision bénéfique pour l'avenir et une première étape très importante sur la route que nous devons tous parcourir ensemble afin de trouver la voie de la guérison - pour nous-mêmes et pour nos collectivités.

# INTRODUCTION

---

## Définition de l'agression sexuelle

---

Il n'existe pas de définition unique de *l'agression sexuelle* concernant tous les aspects juridiques et cliniques du phénomène ou des expériences subjectives propres aux survivants et survivantes. Le terme *agression sexuelle* s'utilise dans les poursuites selon des lois strictes de preuve et de procédures judiciaires et normalement dans des causes impliquant les actes d'agression sexuelle perpétrés contre des enfants. Le code criminel compte 16 infractions sexuelles que l'on peut appliquer à l'agression sexuelle contre les enfants (Wells, 1990) :

- Contact sexuel
- Invitation aux attouchements sexuels
- Exploitation sexuelle d'un adolescent ou d'une adolescente
- Relations sexuelles anales
- Bestialité
- Le parent ou le gardien d'un enfant servant d'entremetteur
- Le maître de maison permettant les activités sexuelles
- Exhibitionnisme face à un enfant
- Vagabondage
- Inceste
- Corruption d'enfants
- Actions indécentes
- Agression sexuelle
- Agression sexuelle avec une arme, menace à un tiers ou lésions corporelles
- Agression sexuelle grave
- Infractions se rapportant à la prostitution de mineurs
  - vivre des produits de la prostitution d'un enfant
  - tentative d'obtenir les services sexuels d'un enfant

On peut trouver d'autres définitions des *agressions sexuelles contre les enfants* dans les lois provinciales en matière de protection de l'enfance. Ces définitions peuvent varier d'une province à l'autre.

*L'agression sexuelle* est aussi un terme clinique dont les règles de preuve ne relèvent pas de strictes définitions judiciaires. Dans certains cas, où il n'y a aucune preuve légale indépendante corroborant les dires de la victime en ce qui a trait à une agression sexuelle, il y a souvent des preuves cliniques prouvant que quelque chose s'est produit.

Pour définir l'agression sexuelle, il faut tenir compte de nombreux points. La plupart de ces points se situent dans les catégories de comportement, de relations et de pouvoir. Crowder (1993) offre un cadre de travail utile pour définir l'agression sexuelle: «l'agression sexuelle est un comportement sexuel caché ou déclaré entre deux individus lorsque nous sommes en présence des conditions suivantes :

1. la nature des actes sexuels est inopportune pour au moins l'un des deux participants;
2. l'équilibre de pouvoir et d'autorité (dans le sens de pouvoir psychologique, pouvoir économique, pouvoir relié au statut, etc.) entre les deux individus est inégal; et
3. les deux personnes ont un lien affectif établi (comme entre un enfant et la personne chargée de s'en occuper, ou un enfant et le symbole d'autorité).»

Certains penseurs et auteurs féministes offrent un cadre de travail théorique selon lequel l'agression sexuelle serait le résultat d'une «culture patriarcale de pouvoir masculin, de prérogatives masculines et d'une tendance masculine à sexualiser toutes les relations» (Hyde, 1990). Ce point de vue découlant de l'écart entre les sexes n'explique pas complètement, néanmoins, les cas d'infractions sexuelles commises par les femmes, comme tout particulièrement les agressions infligées aux garçons par leur mère, par des femmes ou des adolescentes, la séduction des garçons mineurs par des femmes ou des adolescentes plus âgées, et l'agression sexuelle perpétrée contre les enfants par des enseignantes, des préposées aux garderies, des préposées aux bénéficiaires dans les établissements de santé et d'autres femmes détenant des postes de pouvoir ou d'autorité. Cela n'explique pas non plus l'agression sexuelle et l'exploitation sexuelle dans les relations entre lesbiennes (Renzetti, 1992).

Un modèle des agressions sexuelles caractérisé par un déséquilibre de pouvoir ou un mauvais usage de celui-ci constitue un bon point de départ pour notre recherche d'une définition acceptée de tous puisqu'elle nous encourage à :

1. rendre les agresseurs tant féminins que masculins responsables de leur comportement;
2. donner aux survivants la possibilité de prendre en charge le contrôle de leur démarche de guérison et de leur vie;

3. reconnaître et valider l'expérience des survivants;
4. affirmer que la connaissance de soi des survivants est primordiale;
5. associer la lutte personnelle des survivants à une lutte collective afin de transformer les rapports de force au sein de notre société; et
6. mettre l'accent sur les dynamiques de pouvoir dans une relation thérapeutique.

L'agression sexuelle contre les enfants revêt parfois de nombreux aspects. Certains enfants sont séduits lentement et graduellement pendant une longue période de temps, tandis que d'autres sont menacés de blessures ou forcés à faire des actes sexuels.

Certains comportements sexuels violents sont évidents et impliquent un contact physique direct et envahissant. Ces types de comportement peuvent provoquer de la souffrance, des maladies vénériennes, et des blessures physiques permanentes. Ils font naître des sentiments très forts de peur, de vulnérabilité ou d'inconfort chez la victime. Par exemple :

- la pénétration anale ou vaginale avec le doigt, le pénis ou un objet
- les relations orales forcées
- la masturbation
- les attouchements
- être forcé à sucer les seins de l'agresseur
- être forcé à avoir des relations sexuelles avec un autre enfant

D'autres impliquent des contacts physiques qui peuvent sembler moins évidents tout en causant la même détresse chez les victimes. Par exemple :

- se faire chatouiller les organes génitaux
- être embrassé ou caressé d'une façon déplacée
- se faire frotter contre les organes génitaux de l'agresseur.

Certaines formes de violence sexuelle n'impliquent aucun contact physique. Par exemple :

- montrer des films ou des magazines pornographiques à un enfant
- faire de l'exhibitionnisme devant un enfant
- se masturber devant un enfant
- être forcé à regarder d'autres personnes avoir des relations sexuelles
- être forcé à poser nu pour des photographies

À la surface, d'autres comportements peuvent sembler bien inoffensifs même si le but non avoué est de donner à son instigateur une forme de plaisir sexuel. Par exemple :

- insister pour regarder un enfant se déshabiller ou aller aux toilettes
- laver de manière compulsive le derrière ou les organes génitaux d'un enfant
- avoir des conversations érotiques ou de nature sexuelle avec un enfant
- donner un caractère sexuel aux activités normales quotidiennes
- forcer un enfant à porter des vêtements qui ne cachent presque rien.

Enfin, l'agression sexuelle contre les enfants peut prendre la forme de prostitution des enfants et des jeunes, de pornographie, de réseaux de prostitution juvénile et de pratiques ou cérémonies rituelles sexuelles. Chacune des formes de violence sexuelle citée peut provoquer différents types de problèmes à différentes étapes de la vie du survivant ou de la survivante et peut aussi avoir un fort impact sur les choix posés pour ce qui est de l'adaptation ou de voies à choisir pour atteindre la guérison.

Même si la discussion qui précède porte surtout sur les enfants, il est important de se rappeler que de nombreux survivants, surtout des survivantes, ont été agressés à l'âge adulte. Les hommes subissent aussi des actes d'agression sexuelle, quelques-uns lors de relations intimes de même sexe, beaucoup d'autres en prison ou dans d'autres milieux carcéraux. En fait, le viol des hommes en prison constitue peut-être la forme de viol la moins rapportée et celle sur laquelle on se penche le moins.

Les formes les plus courantes d'agression sexuelle à l'égard des femmes sont (Wyatt *et al.*, 1992) :

- exposition aux organes génitaux de l'agresseur
- observation de quelqu'un qui est en train de se masturber
- tentative de viol
- viol

Comme pour les enfants, il y a aussi des formes subtiles et moins évidentes d'agression sexuelle dont peuvent faire l'objet un adulte, par exemple:

- examens anaux, vaginaux ou des seins inutiles
- des rapports sexuels forcés, même dans une relation amoureuse
- des rapports sexuels forcés avec un collègue de travail, un superviseur ou un employeur.

## **Victime ou survivant**

Il importe d'utiliser les termes *victimes* ou *survivants* avec une certaine prudence. On ne devrait jamais les utiliser pour indiquer une relation hiérarchique de l'un par rapport à l'autre ou pour sous-entendre un jugement de valeur. Ils ne servent qu'à décrire des étapes différentes, mais non nécessairement distinctes du processus de guérison. Ils sont qualitatifs et non quantitatifs. Une personne peut être les deux à la

fois ou se déplacer d'une étape à l'autre, à d'autres moments. Pour les besoins de ce document, la notion de survivant comprend à la fois le féminin et le masculin.

Les personnes agressées devraient déterminer elles-mêmes où elles en sont dans leur démarche de guérison ainsi que les mots qu'elles désirent utiliser afin de décrire leur place dans ce cheminement. Ces termes, ainsi que tout autre terme descriptif, devraient être utilisés seulement à titre de référence à une étape du processus de guérison dans la vie de la personne agressée plutôt que comme synonyme de la somme totale de son identité personnelle. La famille, les amis, les intervenants, ainsi que les victimes et les survivants eux-mêmes peuvent parfois perdre de vue le fait que leur existence ne se limite pas seulement au seul fait d'avoir subi des actes d'agression, et que leur vie s'inscrit dans un cadre beaucoup plus large d'intérêts, de plans, de rêves, de vocations et de relations. La vie compte en fait des facettes multiples, l'agression sexuelle n'en représente qu'un seul volet.

Abstraction faite de ces réserves, les définitions suivantes de *victime* et de *survivant* se veulent un point de départ afin de nous aider à reconnaître le mouvement le long cheminement vers la guérison entrepris par les personnes.

Les *victimes* sont des personnes qui ont vécu, ou vivent, des intrusions sexuelles non désirées ou non demandées dans leur être affectif et physique. Ces personnes se sentent typiquement sans défense, sans contrôle et débranchées de leur vie. Les victimes ont tendance à être dépassées par leurs sentiments de rage, de colère, de tristesse et de dépression. Elles sont prises dans un cycle de réaction et souvent se tournent vers l'auto-destruction et les moyens maladaptés pour s'en tirer.

Les *survivants* sont des personnes qui ont pris une décision consciente de passer du statut de victime passive à celui d'agent de changement. Ils se prennent en charge dans le but de redevenir maîtres de leur destin. Ces personnes ont commencé à prendre possession de leurs expériences pénibles, ont commencé un processus de deuil face à leurs pertes, ont accepté ce dont elles ont besoin afin de vivre le quotidien, et sont prêtes à vivre pleinement. Ce sont des personnes qui ont dépassé l'étape de simplement réagir à la vie. Elles ont décidé de faire le point sur leur vécu et de rassembler les diverses pièces manquantes ou éparpillées de leur identité personnelle et de se mettre à la recherche de leur être total. Les survivants sont des personnes à la recherche de courage, de force et de sagesse puisées à même leurs expériences et elles sont engagées dans une recherche consciente afin de retrouver leur espoir, leur pouvoir personnel, leur sexualité, leur personne, leur féminité, leur masculinité, leur richesse spirituelle et leur volonté de s'épanouir.

Il est essentiel que les thérapeutes ou les intervenants, et que chacun d'entre nous reconnaissent que le point d'équilibre où ces deux étapes se séparent est fonction des ressources tant personnelles que sociales mises à la disposition de ces personnes. Les personnes n'ayant jamais vécu d'agressions ont rarement conscience du courage et de la force incroyables nécessaires afin d'intégrer les expériences de mauvais traitements dans sa vie et d'en sortir comme être complet. C'est pourquoi il est si important d'appuyer les personnes qui ont subi des agressions dans leur cheminement.



## Autres termes utilisés

Du fait que la recherche dans le domaine de l'agression sexuelle contre les enfants et de la survie des adultes à ces agressions évolue, nos concepts, nos définitions et notre langage changent aussi continuellement. Aucun mot ne saurait à lui seul englober toute la complexité des expériences individuelles des survivants ou les subtilités des divers points de vue au sujet de la violence sexuelle. Toutefois, nous sommes sans aucun doute plus près qu'on ne le croit de trouver un langage plus complet quant à la violence et la victimisation. Plus nous serons prêts à appuyer et à encourager le dialogue entre les hommes et les femmes, plus nous serons prêts et ouverts à nous engager sur la route menant à un consensus, et ainsi, plus vite nous trouverons le langage approprié.

En attendant, il faut continuer le travail entrepris malgré le manque de précision de nos termes. Dans ce document, les termes suivants seront utilisés :

**Guérison/traitement/thérapie.** Les termes «guérison», «traitement» et «thérapie» seront utilisés de façon interchangeable pour se référer à la démarche entreprise par les survivants pour atteindre la paix de l'esprit, le bien-être physique et affectif, la croissance spirituelle et l'unité de leur être. Seul ou avec d'autres, la voie choisie par le survivant pour atteindre la guérison peut prendre la forme de counseling ou de psychothérapie conventionnelle ou faire appel à d'autres méthodes incluant une approche corporelle comme le yoga ou la bioénergie, les thérapies d'expression artistique, l'imagerie guidée, pour n'en nommer que quelques-unes.

**Intervenant/consaeiller/thérapeute.** Les termes «intervenant», «conseiller» et «thérapeute» seront utilisés pour se référer au rôle que joue une certaine personne «facilitant» la démarche de guérison ou la thérapie choisie par le survivant. Ce «facilitateur» pour ainsi dire peut être un professionnel comme un psychiatre, un psychologue ou un travailleur social ou toute personne dûment formée et ayant les compétences voulues pour offrir un certain type de thérapie en matière d'agression sexuelle. Ce pourrait aussi être un membre de la famille, un partenaire, ou toute autre personne présente qui travaille de concert avec le thérapeute afin de faciliter le processus de guérison du survivant.

**Autochtone.** Le terme «autochtone» sera utilisé dans ce document lorsqu'on discutera des besoins ou des questions se rapportant aux divers membres des communautés autochtones.

# Chapitre I

## Un domaine en évolution

---

Les problèmes sociaux de la complexité des agressions sexuelles n'apparaissent pas du jour au lendemain. Longtemps avant qu'ils ne fassent leur apparition dans le domaine public, la recherche scientifique, les manchettes ou dans les politiques et les lois gouvernementales, ces problèmes existent et ont fait partie des expériences vécues, pénibles et réelles de personnes qui en ont été affectées pendant des années, voire des décennies.

Les voix de ces personnes et de leurs défenseurs sont typiquement celles qui font surface d'abord, leurs histoires étant souvent trop choquantes ou dérangeantes. C'est alors que le public les rejettent ou les nient tout simplement. Même si le problème existe depuis longtemps, il ne fait surface dans les médias ou dans la conscience publique que lorsqu'il y a une crise majeure, ou lorsqu'il a pris tellement d'ampleur ou est si remarquable qu'on ne peut plus le passer sous silence. Malheureusement, les gouvernements sont trop souvent les derniers à reconnaître l'existence du problème ou à se joindre aux personnes affectées afin de commencer à trouver des solutions.

Au fur et à mesure que le problème prend de l'ampleur ou que les personnes affectées et leurs défenseurs persistent, on voit apparaître un «domaine» d'étude et de connaissances qui se penche sur la problématique. Les professionnels, les chercheurs, les médias et d'autres intervenants commencent alors le processus d'analyse, de dissection, et de construction de modèles conceptuels, de théories et d'élaboration de stratégies d'intervention. Au début, ces stratégies d'intervention se limitent typiquement à des solutions superficielles conçues pour contenir le problème ou pour s'occuper des conséquences les plus urgentes et les plus évidentes. Le domaine évolue et l'on voit alors apparaître des «experts» qui peuvent offrir au public inquiet certaines réponses. Et, non loin derrière, vient la recherche de quelqu'un ou de quelque chose à blâmer. C'est à ce moment-là que commence la chasse aux sorcières.

Le problème posé par cette soi-disant recherche est le fait qu'elle est rarement ce qu'elle prétend être, soit impartiale ou objective, comme dans le cas des sciences sociales, «sans préjugé», comme dans le cas des médias, ou s'adressant vraiment aux besoins de tous comme dans le cas des agents de changements sociaux. Lorsque ce processus atteint son apogée, la voix originale de la victime est normalement noyée, et les personnes vivant avec le problème doivent typiquement se battre afin de se voir représentées lors des discussions. Il faut alors retrouver sa place dans le discours entourant la problématique.

### Perspectives limitées

---

Que nous en soyons conscients ou non, toutes les idées, les théories ou les modèles de programmes offrent un point de vue influencé ou suscité par des préjugés, l'ignorance, l'idéologie ou l'historique de la personne ou d'un groupe culturel. En soi,

cela ne constitue pas vraiment un problème. Ce qui inquiète, c'est lorsque nous ne reconnaissons pas le fait que ceci limite notre perspective. Cela devient également problématique lorsque nos idées deviennent si ancrées que nous devenons dogmatiques et que nous refusons de reconnaître ou d'accepter les alternatives raisonnables et valables ou les défis lancés à notre point de vue.

Il faut se rappeler que les opinions peuvent diverger puisque les gens sont tous différents. Leurs besoins varient, et leurs expériences de vie tant individuelle que culturelle et historique remettent toujours en cause nos idées de ce qu'ils sont ou de ce qu'ils devraient être. Ceci n'est nulle part plus apparent que dans le domaine des agressions sexuelles.

## **Meilleure définition, meilleure réponse**

Notre façon de traiter des problèmes sociaux les plus complexes est simplement d'avoir d'abord recours à la panique. Trop souvent, nous réagissons à cause de la peur ou nous appliquons des façons de penser étroites ou dépassées provenant d'autres périodes ou d'autres domaines d'étude. Les stratégies d'intervention reposent rarement sur la recherche empirique, une évaluation en profondeur des besoins de la collectivité ou l'établissement d'un consensus au sein de tous les intervenants. Les stratégies qui en découlent sont donc rarement conçues pour s'attaquer à la racine du problème. Il en résulte que nous nous retrouvons avec un sens de satisfaction, pensant avoir maîtrisé le phénomène. Il faut toutefois se rendre compte qu'on ne le maîtrise pas vraiment tout à fait. On ne fait que le décortiquer et, trop souvent, on fait taire les voix discordantes ou on met simplement fin aux discussions.

Lorsque l'opinion publique a été apaisée par un semblant d'action, le problème tombe alors dans le domaine des services sociaux et des professionnels en relation d'aide. On s'attend à ce qu'ils éloignent les aspects désagréables du problème. Il tombe aussi dans le domaine des organismes populaires qui savent trop bien, à ce moment-là, que la bataille pour traiter du problème efficacement ne vient que d'être entamée.

En dépit du fait que nous pouvons tous être d'accord quant à la nécessité d'éliminer l'agression sexuelle, de nombreuses personnes hésitent à en discuter ouvertement. Sans dialogue et sans appui du grand public, nous ne pourrions jamais mettre en branle le type de ressources communautaires nécessaires pour traiter de cette problématique à sa source.

En tant que société, nous n'avons pas encore réussi à nous regrouper afin de travailler pour une compréhension commune ou un but vraiment partagé afin de faire cesser l'agression sexuelle. Nous avons laissé aux professionnels, aux chercheurs, aux organismes populaires et aux médias le travail de filtrer et d'interpréter les histoires et les expériences des survivants et des survivantes. En conséquence, nous n'avons pas encore su atteindre un consensus sur les composantes de la problématique et nous avons permis la croissance d'un discours compartimentalisé, fragmenté et divisible qui ne semble jamais cerner la problématique dans son ensemble.

## Perception de l'agression sexuelle modelée par l'histoire

---

Nous ne pouvons comprendre le domaine de la violence sexuelle ou de survivants adultes sans en saisir les racines historiques. En résumé, l'histoire du domaine de l'agression sexuelle est reliée à celle du mouvement féministe. Il y a à peu près vingt-cinq ans, des femmes courageuses ont commencé à sortir de l'ombre afin de rompre le silence entourant leurs expériences de violence aux mains de partenaires masculins agressifs. De ce mouvement est sorti un réseau de refuges pour les femmes. Au fur et à mesure que le militantisme entourant la condition féminine a pris de l'ampleur, un mouvement semblable a mis l'accent sur les agressions contre les enfants.

Du fait que l'histoire du domaine de l'agression violence sexuelle contre les enfants est inextricablement liée à l'histoire du mouvement féministe, nous avons hérité d'une conscience de ce qu'est une victime et de ce qu'est un agresseur, modelée par l'histoire; les victimes sont des femmes, les agresseurs sont des hommes. Cette conscience a grandement orienté l'élaboration de concepts quant à l'impact, l'évaluation et le traitement des survivants; elle a aussi affecté la conception de programmes et l'allocation du financement en matière de recherche. Elle a également influencé le contenu des programmes de prévention de la violence et du matériel éducatif en plus de façonner l'élaboration des politiques et des lois gouvernementales dans ce domaine. Notre perception actuelle de l'agresseur et de la victime découle essentiellement d'un modèle centré sur la femme, modèle qui ne reflète qu'une partie de la problématique.

Cette perception a pour conséquence qu'on a laissé de côté les expériences d'autres personnes victimes de violence. Par exemple, les voix des survivants adultes commencent à peine à se faire entendre. On a très peu entendu les voix des jeunes filles et des adolescentes agressées par d'autres jeunes filles et d'autres femmes, celles des garçons agressés par les jeunes filles et les femmes, celles des adolescents agressés par leurs pairs de même sexe, celles des personnes handicapées, des jeunes de la rue, des personnes vivant dans des établissements, en famille d'accueil, en résidence ou en prison et victimes aussi de violence sexuelle. Dans les silences qui se prolongent, de nombreuses personnes blessées attendent que nous portions à leur égard inquiétude et compassion.



## **Chapitre 2**

# **Fréquence des actes d'agression sexuelle contre les enfants**

---

Il est impossible de déterminer avec précision l'étendue réelle des agressions sexuelles au Canada. De nombreuses personnes ne sont pas encore conscientes de la portée du problème. De nombreux Canadiens et Canadiennes n'acceptent pas ou ne croient pas les statistiques en matière de violence sexuelle lorsqu'on les présente dans les médias.

Toutefois, les statistiques gouvernementales et autres en matière de violence sexuelle ne nous présentent qu'une partie de la problématique. La plupart des cas ne sont pas rapportés et donc ne font pas partie des statistiques officielles. Au Canada, on estime que les cas non rapportés s'élèveraient à 75 % pour les femmes et à 90 % pour les hommes (Badgley, 1984).

Le comité sur l'étude des agressions sexuelles contre les enfants, utilisant une définition large de violence sexuelle comme étant «des actes sexuels non souhaités», a déterminé que le taux de fréquence d'agression sexuelle au Canada était de 54 % pour les femmes et de 31 % pour les hommes (Rapport Badgley, 1984). Quatre victimes sur cinq avaient été agressées avant l'âge de 21 ans. La définition d'«acte sexuel non souhaité» englobe l'exhibitionnisme, la menace afin d'avoir des relations sexuelles, les attouchements non souhaités, les tentatives de relations sexuelles et l'agression sexuelle comme telle.

Si les taux de fréquence de violence sexuelle de l'échantillon rapporté dans le Rapport Badgley sont exacts, alors étant donné une population de 26 millions, divisée également selon les sexes, il y aurait probablement 7 020 000 victimes féminines et 4 030 000 victimes masculines au Canada, ou à peu près 43 % de l'ensemble de la population du pays.

Les taux de fréquence varient et cela pour diverses raisons, incluant la définition de l'agression sexuelle contre les enfants utilisée par les chercheurs ou les échantillons de population utilisés pour leurs études. Les échantillons au niveau de la population en général différeront des échantillons recueillis auprès d'une population carcérale. Les échantillons de femmes universitaires différeront de ceux recueillis dans un refuge pour les femmes violentées.

Les populations des régions rurales ou éloignées du pays, où l'isolement géographique limite la mobilité, peuvent être particulièrement vulnérables à tous les types de problèmes sociaux, dont l'agression sexuelle. Les collectivités où l'alcoolisme est généralisé deviennent parfois des endroits plus dangereux pour les

femmes, les hommes et les enfants. Certaines collectivités n'ont tout simplement pas les ressources voulues pour offrir de l'aide ou d'autres types de services aux alcooliques, aux survivants d'agression sexuelle ou aux agresseurs. Conséquemment, la violence sexuelle peut se produire plus fréquemment et affecter plus de membres, hommes et femmes, de cette collectivité.

Les résultats de recherche dans le domaine de l'agression sexuelle peuvent parfois sembler contradictoires de par le fait que l'on utilise une vaste gamme d'échantillons. Le domaine est jeune et à chaque année de nouvelles études apparaissent pour remettre en question quelques-unes des idées et des croyances établies quant à la définition de la personne victime et celle qui victimise. Par exemple, nous croyions que la grande majorité des enfants victimes d'agression sexuelle étaient des filles. Toutefois, nous commençons maintenant à voir des preuves qui laisseraient croire que les fillettes et les garçonnetts avant leur puberté sont à risque égal pour ce qui est des agressions sexuelles aux mains tout particulièrement de membres de la famille élargie (Reinhart, 1987; Baker & Duncan, 1985; Farber et al., 1984; et DeJong, 1983)

Nous croyions que les filles étaient les victimes des formes les plus sérieuses d'agression sexuelle. Nous découvrons maintenant que les garçons subissent plus souvent des rapports sexuels avec pénétration, qu'ils sont plus sujets aux agressions répétées. Ils sont victimes d'un plus grand nombre et d'une plus grande variété d'actes d'agression sexuelle et peuvent être agressés à un plus jeune âge, plus sérieusement et pour de plus longues périodes. (DeJong et al., 1983; Farber et al., 1984; Baker & Duncan, 1985; Reinhart, 1987; Tong et al., 1987; Finkelhor et al., 1990; Gordon, 1990; Bentovim, 1987; Condy et al., 1987; Badgley, 1984; DeJong et al., 1982; Dubé 1988; Ellerstein & Canavan, 1980; et Kaufman et al., 1980)

Toutefois, dans l'ensemble, et certainement après la puberté, les femmes représentent la grande majorité des victimes de violence sexuelle et d'agression sexuelle. Cette proportion augmente d'ailleurs de façon remarquable lorsque les jeunes filles et les jeunes garçons entrent dans l'adolescence. Il est en outre important de ne pas perdre de vue le fait que le risque d'agression sexuelle reste très élevé pour les jeunes filles après la puberté.

## **Pourquoi l'agression sexuelle est si peu rapportée**

Même si nous commençons à mieux comprendre l'étendue du problème des agressions sexuelles, le taux de divulgation demeure toujours plutôt bas. La plupart des victimes et des survivants restent encore dans l'ombre avec leurs histoires de viol et d'exploitation. De plus, les services et les autres ressources diminuent de plus en plus un peu partout au pays. La possibilité d'obtenir de l'aide devient donc par le fait même aussi de plus en plus difficile.

On peut attribuer l'absence de divulgation dans l'enfance à l'âge de la victime. De très jeunes enfants ont souvent de la difficulté à communiquer aux adultes ce qui leur est arrivé, même s'ils peuvent réussir à démontrer la violence sexuelle lors d'un procès en utilisant des poupées reproduisant fidèlement la physiologie humaine, des dessins ou autres types de méthodes non verbales. Heureusement, les changements récents apportés à la loi canadienne facilitent les témoignages des enfants. Toutefois, cela n'a pas éliminé le fait que certains adultes ne croient toujours pas les jeunes enfants, même si ceux-ci peuvent fournir des descriptions détaillées et graphiques de l'agression sexuelle subie, même s'ils peuvent démontrer des connaissances sophistiquées qui dépassent leur âge ou s'ils ont des blessures physiques typiquement associées à la pénétration ou à une tentative de pénétration.

À cause de leur dépendance envers les adultes pour leur survie et autres besoins très fondamentaux, des parents manipulateurs ou d'autres personnes ayant des enfants à leur charge peuvent forcer les enfants à garder le silence. Pour certains enfants, on cache l'agression sexuelle sous forme de «jeu». Pour d'autres, cela se produit lentement et au fil des jours et de telle façon qu'ils ne peuvent clairement faire le point sur leurs perceptions de ce qui leur arrive. Ceci se produit tout particulièrement lorsque l'agresseur est une personne aimée et en qui l'on a confiance.

Les enfants deviennent aussi très confus s'ils font l'expérience de sensations physiques agréables d'attouchements inopportuns. Le manque de renseignements en ce qui concerne les façons de toucher qui sont «bonnes» ou «mauvaises» et ce qu'on doit faire si quelqu'un nous fait quelque chose qui nous met mal à l'aise empêche de nombreux enfants d'expliquer les agressions sexuelles qu'ils subissent.

Certaines autres victimes ne divulguent rien parce qu'elles ne se rendent même pas compte qu'elles ont été victimes d'agression sexuelle. Par exemple, certains survivants considèrent leur traitement comme faisant partie de leur introduction aux relations sexuelles.

Les enfants (et les adultes), victimes de violence sexuelle particulièrement traumatisante, apprennent parfois à se dissocier de l'expérience en engourdissant psychologiquement leur corps ou leurs sentiments et en s'échappant dans un monde de rêve situé loin au fond d'eux-mêmes. Lorsque les souvenirs de cette violence risquent de remonter à la surface, ces survivants utilisent leur vieux modèle familial pour se protéger. Cette réaction garde éloignée la conscience de la violence et les empêche par le fait même de la dévoiler.

Les agressions sexuelles survenant dans les relations intimes, dont une forme est la «violence lors de sorties», «le viol lors de sorties» ou «le viol lors de fréquentations», soulèvent une autre question. De nombreuses jeunes femmes ne se rendent tout simplement pas compte que le fait d'être forcée, manipulée par la ruse ou menacée pour avoir des relations sexuelles par la personne qui les invite ou par une connaissance constitue bel et bien une forme d'agression sexuelle. Elles ne comprennent pas que tout ce qui leur arrive après qu'elles aient dit «non», soit explicitement ou en résistant physiquement ou en repoussant le jeune homme, constitue une agression sexuelle. De nombreuses adolescentes considèrent encore le comportement sexuel agressif de la part de certains de leurs amis ou collègues de classe comme «normal» ou «ce à quoi l'on peut s'attendre» (Mathews, 1993).



Les jeunes femmes qui finissent par avoir une relation sexuelle contre leur gré avec un jeune homme qui les attire se sentent normalement honteuses ou embarrassées et même responsables de ce qui leur est arrivé. Même si cela commence à changer, peu de jeunes femmes trouvent attrayante l'idée de dévoiler l'agression sexuelle parce qu'elles ont peur de la réaction de leurs parents. De nombreuses jeunes femmes sentent que le fait de divulguer l'agression subie fera en sorte qu'on les qualifiera de «marchandises usagées ou endommagées» ou que cela ternira leur réputation aux yeux de leur famille ou de leurs amis. Quelques-unes ont peur d'être punies par leurs parents du fait qu'elles ont fait entrer la honte au sein de leur famille. Elles peuvent aussi avoir peur qu'on ne les croie pas ou qu'on les stigmatise à l'école ou dans leur collectivité.

Trois raisons principales expliquent l'hésitation des femmes à rapporter les actes d'agression sexuelle : la victime a peur de représailles; elle croit que le système de justice pénale ne l'aidera pas vraiment; et elle n'est pas certaine que le fait de dévoiler tout lui apportera quelque avantage (Solliciteur général du Canada 1985). Par le passé, la subjectivité déployée dans les mises en accusation de la police était un facteur expliquant pourquoi les agressions sexuelles perpétrées à l'endroit des femmes échangeant des faveurs sexuelles, des femmes alcooliques, des chômeuses, et des femmes toxicomanes n'étaient pas inscrites aux registres officiels (Clark et Lewis, 1967). La formation reçue par le personnel canadien appliquant la loi dans les domaines des agressions sexuelles a amélioré de façon significative la situation.

Les femmes qui travaillent à titre de domestiques et qui sont peut-être entrées illégalement au Canada ou dont les visas sont peut-être périmés rapportent rarement les actes d'agression sexuelle perpétrés contre elles. De nombreuses immigrantes et femmes issues de minorité visible craignent de ne pas recevoir de traitement égal face au système judiciaire et donc ne déposent pas de plainte. Plusieurs de ces femmes sont tellement contrôlées par leur famille, leur partenaire ou leur employeur qu'elles n'oseraient pas risquer divulguer l'agression qu'elles ont subie.

Les femmes agressées par leur mari ne portent pas plainte parce qu'elles ne croient pas pouvoir le faire ou parce qu'elles ne se rendent pas compte que l'agression sexuelle dans le cadre du mariage va à l'encontre de la loi (Russell, 1982).

En plus de certaines raisons communes pour ne pas dévoiler les agressions que les survivants et les survivantes partagent, à savoir la honte, le stigmate, le refus, la dissociation, les souvenirs réprimés, ou le manque d'information quant à ce qu'est réellement l'agression sexuelle, les victimes masculines se taisent aussi à cause de certains aspects de leur socialisation et de nos croyances culturelles, ainsi que nos stéréotypes au sujet de la masculinité.

Si un jeune homme a une érection, ou vit un orgasme ou toute autre sensation agréable suite à l'agression infligée par un homme, il est fort probable qu'il interprétera cette réaction physique comme une indication qu'il est peut-être homosexuel. En fait, les agresseurs utilisent souvent les réactions physiques des jeunes garçons afin de les convaincre que c'est la «preuve» qu'ils sont gais ou qu'ils aiment en fait les mauvais traitements. On croit que le fait d'avoir une réaction physique ou sexuelle augmente de beaucoup le traumatisme vécu par les victimes d'agression sexuelle.

Un garçon peut se convaincre qu'il est homosexuel s'il est agressé par une femme et s'il n'en retire que de la souffrance au lieu du plaisir qu'il croyait ressentir. En raison des tabous rattachés à l'homosexualité dans notre culture, les victimes masculines peuvent hésiter à rapporter les agressions sexuelles dans ces deux situations. Les garçons ou les jeunes hommes sont rarement pris au sérieux lorsqu'ils essaient de partager leurs sentiments de confusion, de peur ou de douleur lorsqu'ils sont agressés par une femme ou une adolescente plus âgée. On croit encore que les garçons sont «séduits», mais que les femmes sont violées ou agressées sexuellement. Pour ce qui se rattache à la sexualité dans notre culture, on enseigne aux hommes à prendre soin d'eux-mêmes et à se montrer entreprenants. Lorsqu'un garçon ou un jeune homme est agressé, on peut le condamner, le ridiculiser ou lui faire honte de ne pas être «assez homme» pour se protéger et pour se défendre (Mathews, 1994).

Les questions reliées à la race et l'appartenance à une culture minoritaire peuvent aussi affecter les taux de divulgation, en plus de rendre d'autant plus difficiles la recherche d'aide et de services et le processus de guérison lui-même. Il est souvent difficile pour les gens de comprendre que certaines de nos interventions thérapeutiques et juridiques conçues pour aider et protéger les victimes d'agression sexuelle peuvent être inefficaces ou sembler dures ou étranges pour les personnes issues de cultures autres qu'europpéennes.

Par exemple, des groupes ethniques plaçant une grande valeur sur la famille peuvent s'opposer à ce que certains membres de leur famille -victime ou agresseur- soient retirés par les autorités de protection de l'enfance. Des membres de certains groupes s'inquiètent du traitement que les membres de leur famille recevront dans un système de service social sans aucune connaissance de leurs valeurs culturelles ou de leurs croyances. C'est pourquoi ces personnes ne rapportent pas les agressions sexuelles.

Les survivants issus de groupes ethniques minoritaires dont les membres se méfient de la police, de la justice et des représentants de la protection de l'enfance peuvent hésiter à rapporter les agresseurs ou peuvent préférer régler la situation en utilisant des moyens autres que ceux offerts par les systèmes de justice pénale ou de protection de l'enfance. Les survivants de groupes de minorité culturelle peuvent ne pas désirer voir le comportement d'un de leur membre criminalisé de peur du préjugé qui découlera sur l'ensemble du groupe. Aussi difficile que ce soit à comprendre, le fait de garder le silence au sujet des agressions sexuelles peut sembler le moindre des deux maux.

Les survivants de groupes ethniques non dominants peuvent se sentir mal à l'aise dans les groupes de traitement ou dans les bureaux où tout le monde semble différent, s'habille différemment et parle des langues inconnues. Pour certaines personnes, issues de groupes minoritaires, le fait de partager des secrets familiaux avec des étrangers ou de s'asseoir devant un thérapeute et de répondre à des questions intimes et profondément personnelles peut sembler une invasion et un manque de respect. La barrière linguistique peut aussi empêcher les survivants de groupes minoritaires de s'adresser aux agences conventionnelles ou traditionnelles mêmes si ces personnes en connaissent l'existence.

## Les agresseurs

Il importe de s'attarder un peu sur le profil des agresseurs sexuels qui s'en prennent à des enfants en raison des mythes et des malentendus qui existent à leur égard. Il est important de traiter de ces malentendus car ils entravent notre capacité d'identifier les agresseurs qui pourraient être à risque, d'élaborer et de diriger des services pour leur réhabilitation et d'aider et protéger les victimes en croyant ce qu'elles nous disent et en rendant les agresseurs imputables de leurs gestes.

On croit habituellement que les agresseurs sont typiquement pauvres, alcooliques, malades mentaux, plus probablement d'une minorité visible, homosexuels, «de vieux cochons», ou seulement des hommes. En fait, les agresseurs sexuels proviennent de toutes les classes, toutes les races, de tous les antécédents religieux et des deux sexes. Un grand pourcentage des agresseurs sexuels qui s'en prennent à des enfants sont eux-mêmes adolescents, pour la plupart hétérosexuels. La maladie mentale, quant à elle, ne joue que dans une infime proportion des cas.

Il est vrai, néanmoins, qu'abstraction faite du sexe de la victime, les hommes représentent la majorité des agresseurs. Même si les jeunes garçons et les jeunes filles sont tous deux agressés par des membres de leur famille ou des connaissances, il semble que les pères ou les symboles paternels agressent leurs filles beaucoup plus que leurs garçons. Les hommes semblent plus susceptibles de subir la violence sexuelle aux mains d'autres hommes. Certaines recherches indiquent également que les adolescents ont plus tendance à agresser les garçons que les adolescentes (Finkelhor, 1979; Friedrich et Luecke, 1988; Showers *et al.*, 1983; Russell, 1984; Porter, 1986; Reinhart, 1987; Spencer et Dunklee, 1986; Stermac et Mathews, 1989; Rogers et Terry, 1984; Ellerstein et Canavan, 1980; Risin et Koss, 1987; et Showers *et al.*, 1983).

Toutefois, les agressions sexuelles perpétrées par les mères contre les garçons viennent tout juste de faire leur apparition dans les écrits (Krug, 1989; Nasijeti, 1980; Banning, 1989; Lawson, 1993). Ceci s'explique en partie du fait que les comportements d'agression sexuelle perpétrés contre les garçons ne sont pas toujours reconnus comme tels. Il est facile de ne pas tenir compte des relations inopportunes comme la façon de dormir, des conversations sexuelles et de l'attouchement des organes génitaux de l'enfant.

Ruth Mathews, une psychologue féministe américaine qui a été parmi les premières à étudier les agressions sexuelles perpétrées par les femmes, rapporte que les femmes adoptent certains comportements dans le but de créer des réactions sexuelles qui, à la surface, ne semblent pas être des réactions sexuelles. Par exemple, entrer dans une pièce lorsque l'enfant se baigne ou se déshabille pour se coucher, laisser une porte ouverte afin que l'enfant voit la femme se baigner, prendre sa douche, se déshabiller ou se moquer des développements physiologiques des organes génitaux de l'enfant (1989). Risin et Koss (1987) ont trouvé que 42,7 % des agresseurs de jeunes garçons étaient des professeurs féminins, des voisines, des gardiennes et des amies de la famille.

## **Chapitre 3**

# **Impact de l'agression sexuelle sur les survivants**

---

On a beaucoup plus écrit sur les expériences des survivantes que sur celles des survivants, même si ce volet du sujet se développe toujours plus à chaque année. Malgré que certains aspects de leurs expériences diffèrent, la recherche semble indiquer que survivants et survivantes ont beaucoup plus en commun qu'on ne serait d'abord porté à le croire.

Lorsqu'on compare les expériences des survivants et des survivantes, il faut utiliser avec soin les mots «plus» ou «moins». Il est important de se rappeler que les expériences subjectives ou individuelles des agressions ne peuvent jamais être complètement enregistrées ou évaluées par la recherche empirique.

### **Conséquences de l'agression sexuelle**

---

Il est important de ne pas porter de jugements de valeur quant aux choix privilégiés par les survivants afin de composer avec leurs expériences d'agression sexuelle. Ces mécanismes et ces défenses constituent des réactions *normales* face à des situations anormales. Ce sont les moyens choisis par ces personnes afin de composer avec le traumatisme.

Les conséquences de l'agression sexuelle varient selon les individus. Ces conséquences peuvent affecter tous les aspects de la vie affective, physique, spirituelle ou mentale du survivant ou de la survivante. Elles peuvent prendre la forme de comportements pour se blesser soi-même, notamment les tentatives de suicide, la toxicomanie, ou le travail poussé à l'extrême. Quant à la vie affective des survivants, plusieurs font l'expérience d'une estime de soi limitée, de la peur de l'intimité, de la colère et de l'agressivité, de la dépression, de l'anxiété ou d'émotions gelées ou réduites. Quelques survivants vivent des cauchemars, de la dissociation et des troubles du sommeil ou d'alimentation. Quelques personnes développent des comportements compulsifs ou auto-destructeurs. D'autres deviennent malades et peuvent souffrir d'une gamme de maladies dont les ulcères, les maux de tête et les infections. Une autre conséquence possible est une sexualité anormale, dysfonctionnelle ou non existante.

Il est difficile de prédire avec certitude la façon dont les personnes seront affectées par leurs expériences de violence puisque les conséquences dépendent de nombreux facteurs agissant parfois de pair. Les effets de l'agression sexuelle peuvent aussi prendre des formes différentes selon l'âge ou les étapes de développement dans la vie de la personne. Parfois, les effets de l'agression sexuelle peuvent être cachés ou protégés par de vieux systèmes de défense ou de vieux modèles. Ces mécanismes de protection peuvent aider à empêcher que les souvenirs des

agressions remontent à la conscience. Mais ces moyens d'auto-défense empêchent aussi les survivants de faire face à leurs blessures et à leur douleur.

Les effets de la violence sexuelle, oubliés ou enterrés depuis longtemps, peuvent revenir à la surface tout à coup ou être réveillés lors d'événements marquants de la vie ou dans des situations de stress comme la naissance d'un enfant, une nouvelle relation, la perte d'un être cher, un divorce ou une séparation. Trop souvent les survivants et les gens qui les entourent éprouvent de la difficulté à comprendre la réaction parce qu'ils ne savent pas que cela découle d'une vieille blessure qui n'était pas cicatrisée.

Il existe également des conséquences sociales de l'agression. La violence sexuelle affecte chacune de nos vies même si nous n'en sommes pas nécessairement conscients. La quantité de ressources humaines et financières que l'on consacre aux conséquences de l'agression sexuelle auprès des survivants est énorme. Le système de justice pénale, l'assistance sociale, les services de santé médicale et mentale, et les agences de travail social offrent tous des services aux victimes ou aux agresseurs qu'ils en soient conscients ou non. Nous dépensons déjà une large part de la richesse de notre pays en soins hospitaliers et psychiatriques pour les personnes dont les symptômes d'agression sexuelle sont camouflés. La maladie suite à une agression sexuelle non diagnostiquée et non traitée nous coûte déjà beaucoup. Le fait de prendre des décisions conscientes d'orienter les ressources vers l'intervention dès le début, avec des services complets et multidisciplinaires pour les victimes et les agresseurs, se rentabiliserait tout simplement en aidant les gens à s'en sortir plus rapidement.

Toute discussion quant aux conséquences ou aux résultats de l'agression sexuelle ne serait complète sans dire un mot de la force et du ressort des survivants. Avec de l'aide et des soins, de nombreuses personnes en arrivent éventuellement à faire face à leur expérience d'agression sexuelle pour ensuite mener une vie heureuse, productive et enrichissante. Quelques personnes y arrivent seules. Pour certains survivants et survivantes, la guérison les amène à des changements de vie importants, à un engagement à travailler pour des changements sociaux positifs ou à une vision spirituelle nouvelle et renouvelée de leur vie.

## Stigmate

L'un des poids les plus lourds à porter pour les survivants est celui associé au stigmate. Les survivants se considèrent souvent différents des autres ou un peu comme des «marchandises endommagées». Cette façon de voir est souvent renforcée par les amis, les membres de la famille, les partenaires ou d'autres qui les considèrent de cette façon ou interprètent leurs comportements pour faire face à la situation comme une preuve de séquelle permanente.

L'expérience de stigmate peut varier sous certains angles des survivants aux survivantes. De par notre norme de deux poids deux mesures en matière de permission sexuelle, les femmes sont souvent celles que l'on juge le plus durement pour des indiscretions sexuelles parfois mineures (Schur, 1984; Russell, 1975). Cette

attitude permet de jeter le blâme aux femmes victimes des agressions pour le traitement qu'elles ont subi. Cette attitude ne se limite d'ailleurs pas au public en général. Des professionnels perçoivent parfois les victimes féminines comme des séductrices ou des personnes blâmables, une perception qui trop souvent peut être intériorisée par la femme en ce qui concerne ce qui lui est arrivé et peut s'attaquer à sa perception d'elle-même.

Nos doubles mesures quant à la vie sexuelle sont aussi désavantageuses pour les victimes masculines que pour les survivants. À certains points de vue, cette attitude augmente les chances qu'a un jeune garçon de subir des actes d'agression sexuelle en encourageant l'intérêt et la participation aux activités sexuelles. Cela encourage aussi le secret puisque les victimes masculines se sentent responsables de ce qui leur arrive lorsque la situation tourne mal. Cela produit le blâme de la victime parce que nous nous attendons à ce que les hommes puissent exercer leur pleine volonté dans leurs rapports sexuels et qu'ils soient capables de se débrouiller tout seuls. Cela appuie la minimisation des hommes quant à la violence sexuelle masculine ou à l'agression sexuelle perpétrée par des femmes. Cela encourage la bravache masculine afin de minimiser ou de cacher l'impact ou les sentiments d'inconfort associés aux agressions. Cela crée les conditions où les jeunes garçons trouvent normal d'avoir des relations sexuelles avec les femmes (Mathews, 1994).

L'homophobie, ou les préjugés à l'égard des gais et des lesbiennes, qui prédomine tellement dans notre société a un effet dévastateur et réduit au silence les personnes agressées par des partenaires du même sexe. Non seulement les gais et les lesbiennes ont-ils à dévoiler leurs expériences pénibles d'agression, mais ces personnes doivent aussi révéler leur orientation sexuelle en même temps. Ceci ajoute un fardeau supplémentaire et peut provoquer des peurs et des inquiétudes d'attirer encore plus d'attention négative et de préjugés. L'homophobie a ainsi réduit de nombreuses victimes, lesbiennes, gaies et hétérosexuelles au silence.

## **Le cycle victime-agresseur**

De nombreux survivants et survivantes se demandent si, à leur tour, ils ne deviendront pas agresseurs. À moins que les intervenants ou les thérapeutes ne s'y connaissent suffisamment pour aborder cette problématique, ils peuvent actualiser ce danger pour les survivants. Il semble donc indiqué d'explorer brièvement le cycle victime-agresseur.

La recherche empirique n'a pas encore établi de liens spécifiques entre le fait que quelqu'un ait été victime et qu'ensuite cette même personne développe un comportement d'agression sexuelle. Ce modèle n'explique pas le fait que certains agresseurs n'ont pas été victimes et que la majorité des survivants qui ont subi des actes d'agression sexuelle dans leur enfance ne font pas subir le même sort à leurs propres enfants (Herman, 1992). Ce modèle ne tient pas compte non plus des variables au niveau des situations qui peuvent jouer un rôle important dans la décision prise par une personne d'infliger de mauvais traitements, comme des actions impulsives et opportunes d'adolescents lorsqu'ils gardent de jeunes enfants (Mathews, 1993b).

D'aucuns diront que si cette explication de comportement menant à une infraction sexuelle ne suffit pas, alors, étant donné le grand nombre de victimes féminines, pourquoi n'y a-t-il pas plus de contrevenantes? Même si cette critique a une certaine valeur, elle ne tient pas compte de certains points importants. D'abord, on n'enseigne pas aux femmes à manifester leurs impulsions agressives de façon physique dans notre société. En revanche, on accepte ce comportement chez les hommes.

Deuxièmement, nous n'avons que des concepts masculins de comportements d'agression sexuelle et d'états d'excitation déviante à transposer aux femmes, des concepts qui ne nous permettent pas de reconnaître de nombreux types communs de comportements d'agression sexuelle chez les femmes. Ceux-ci peuvent être camouflés de bien des façons. Par exemple, une femme peut négliger son enfant ou délibérément se détacher de lui.

Troisièmement, la société prépare les victimes masculines à trouver agréables les rencontres sexuelles avec les femmes et à considérer les contacts sexuels avec les femmes «plus âgées» comme des rites de passage à envier. Donc, de nombreux hommes ne qualifient pas leurs expériences de «violence sexuelle» ou «d'agression sexuelle» et, par conséquent, ne les rapportent pas de peur que, du fait que l'agresseur est une femme, on ne les perçoive comme faibles ou peu virils.

Quatrièmement, tant les femmes que les hommes victimes d'inceste hésitent à rapporter leur mère, leurs soeurs, leurs cousines, leurs tantes ou leurs grands-mères à cause de la honte et du stigmate rattaché à l'inceste dans notre société (Mathews, 1993).

Finalement, une partie de notre hésitation ou de notre incapacité à reconnaître les femmes coupables d'agression découle peut-être du fait que la société nous habitue à voir seulement les femmes dans leur rôle nourricier.

Mises à part ces réserves, c'est un concept utile qui mérite plus de recherches compte tenu du taux élevé d'agressions découverts dans l'historique de nombreux types d'agresseurs, tout particulièrement les violeurs et les agresseurs violents.

## **Intérioriser et passer à l'acte**

Il ressort de certains travaux de recherche que les hommes ayant souffert d'agression sexuelle dans leur enfance ou dans leur jeunesse sont plus à risque que les femmes d'agresser sexuellement les autres (Finkelhor, 1979). Lors de discussions au sujet des conséquences de l'agression sexuelle, il est normal d'entendre que les hommes «passent à l'acte» ou extériorisent leur comportement en réponse aux agressions. Ce qui veut dire qu'ils se tournent vers la violence sexuelle, réagissent violemment ou agressivement, ou commettent des crimes et ont un comportement anti-social. Les filles, quant à elles, intériorisent leur comportement, c'est-à-dire qu'elles pleurent, qu'elles deviennent déprimées ou malades. Même si ces comportements sont jusqu'à un certain point, un résultat de notre processus de

socialisation, il s'agit aussi de stéréotypes puisque ces généralisations ne tiennent pas compte des différences individuelles.

S'il est vrai que les hommes agressés dans leur enfance et leur jeunesse sont plus sujets à maltraiter les autres que les femmes ne le sont, ceci peut relever de leurs expériences de mauvais traitements ou de la façon dont ils ont été traités par les professionnels, les parents et les familles, la police, les professionnels de la protection de l'enfance ou d'autres adultes auxquels ils ont été confiés. Les victimes masculines d'agression sexuelle ont plus de chance que les victimes féminines de subir de mauvais traitements physiques aussi (Vander Mey, 1988; Finkelhor, 1984). Les hommes sont victimes de types plus généralisés d'agression sexuelle, reçoivent plus de menaces des agresseurs, sont maltraités avec plus de force, sont moins souvent retirés de leur foyer pour être placés en détention préventive et reçoivent moins de counseling (Pierce and Pierce, 1985). On semble aussi moins s'inquiéter de l'impact de la victimisation auprès des hommes (Eisenberg, 1987) et les agresseurs s'attaquant aux hommes sont tenus moins responsables de leur comportement (Broussard, 1988).

Certaines recherches semblent indiquer que les victimes qui ont subi des actes d'agression sexuelle étant enfant constituent un fort pourcentage des admissions psychiatriques. On constate chez ces personnes des taux élevés de psychose ou de problèmes psychiatriques chroniques ou actuels (Alpert, 1990; Stein *et al.*, 1988; Brière et Runtz, 1988; Brière *et al.*, 1988; Fromuth, 1986; Bagley et Ramsey, 1985-1986).

On remarque également un taux élevé d'agression sexuelle subie au cours de l'enfance chez un grand nombre de détenus des prisons fédérales (Elizabeth Fry Society, 1992; Diamond et Phelps, 1990; Spatz-Widom, 1989; Condy *et al.*, 1987). Dans certains sous-groupes de contrevenants, les hommes semblent à plus haut risque de contrevenir s'ils ont souffert de mauvais traitements dans leur enfance. Petrovich et Templer (1984) ont trouvé que 59 % des violeurs ont subi des agressions sexuelles aux mains de femmes. Groth (1979) et Freeman-Longo (1986) ont aussi trouvé une grande fréquence d'agression sexuelle chez les contrevenants, parfois allant jusqu'à 80 % à 100 %.

Les survivantes en règle générale sentent qu'elles n'ont aucun contrôle sur leur vie et le monde qui les entoure. Elle trouve impossible de croire en elles-mêmes ou en leur capacité de guérir (Bass et Davis, 1988). Ces auteurs font valoir aussi que les survivants cessent de ressentir de la douleur physique et apprennent que leur corps ne leur appartient plus. D'autres apprennent à détester leur corps et se tournent vers toutes sortes de formes de comportements auto-destructeurs ou négligent leur santé physique.

La plupart des personnes vivant dans la rue, particulièrement les adolescents, semblent avoir survécu à une forme ou une autre de négligence ou de violence. De nombreuses jeunes femmes et jeunes hommes vivant de prostitution pour survivre ont été victimes d'agression sexuelle dans leur enfance ou au début de leur adolescence (Mathews, 1987).

Le fait d'avoir été victime d'agression sexuelle peut parfois conduire une personne à adopter des stratégies de survie mal adaptées et à se lancer dans des



comportements à risque, notamment la toxicomanie ou d'autres comportements auto-destructeurs. Par ailleurs, il est fréquent de remarquer que la personne éprouve une incapacité d'établir et de maintenir des limites en plus de ressentir un sentiment d'impuissance et de désespoir. Enfin, les victimes d'actes d'agression sexuelle sont généralement moins portées à se protéger des maladies transmissibles sexuellement. Compte tenu de ces faits, il n'est pas surprenant de découvrir que la violence sexuelle apparaît dans les antécédents de 42 % des personnes séropositives (Allers et Benjack, 1991; Allers *et al.*, 1993).

Une étude a trouvé que les survivantes adultes qui redevenaient des victimes à l'âge adulte affichaient des taux plus élevés de grossesses non planifiées et d'avortement. (Wyatt *et al.*, 1992)

## **Facteurs affectant le niveau d'impact**

De nombreuses variables peuvent affecter la façon dont réagit la personne face à l'agression sexuelle. Il s'agit notamment des ressources personnelles de la personne, de la disponibilité de l'aide affective, de l'accès aux ressources financières pour payer les traitements, du temps écoulé entre l'acte et le commencement de la thérapie, des facteurs culturels ou ethniques, des éléments de vie stressants actuels ou chroniques, de l'âge et la maturité de la victime. La réponse de la personne peut varier également selon qu'on croit ou non à son témoignage.

Certaines études ont dégagé des facteurs chez les survivants et leur environnement familial et social permettant, semble-t-il, de réduire le traumatisme de l'agression sexuelle. Parmi ces facteurs l'on compte : la réaction des membres de la famille ou des autres personnes importantes; un point de contrôle intérieur; une force personnelle positive; une connaissance antérieure au sujet du sexe et de la sexualité; le degré perçu de contrôle sur ce qui leur arrivait; la capacité de replacer leurs expériences négatives dans un cadre positif; l'accès à des relations de soutien auprès d'autres adultes ou personnes importantes; le fait d'avoir de l'espoir et une vision optimiste de l'avenir; recevoir des moyens d'éviter les situations à risque à l'avenir; et la possibilité de prendre des risques débouchant sur des expériences d'efficacité personnelle et de contrôle de sa propre vie (Peters, 1988; Conte et Schuerman, 1987; Mrazek et Mrazek, 1987; Zimrin, 1986; Fromuth, 1986; Wyatt et Mickey, 1988; Harter, Alexander et Neimeyer, 1988).

Les actes d'agression sexuelle surviennent également dans un contexte familial, culturel et social. Un ensemble de facteurs tels la race, la classe sociale, le sexe, la pauvreté peuvent influencer sur l'impact de ces agressions. Pour ces raisons, il est impossible de pondérer avec exactitude chacune des variables qui exercent une influence.

Parmi les autres facteurs pouvant influencer sur l'impact des agressions, on retrouve le type de traitement, la relation entre la victime et l'agresseur, la durée du mauvais traitement, la différence d'âge entre la victime et l'agresseur, l'utilisation de la violence ou les menaces de blessure ainsi que le fonctionnement de la famille.

## **Chapitre 4**

# **Soins et appui à apporter aux survivants adultes**

---

Ce chapitre décrit quelques-unes des démarches et des stratégies les plus communes. Même si le contenu de ce chapitre provient d'abord des écrits relevant du travail auprès de femmes ayant subi des actes d'agression sexuelle dans leur enfance, il s'applique en grande mesure aux survivants masculins aussi.

Il y a de nombreuses voies qui s'ouvrent aux survivants dans leur démarche de guérison. Il n'y a pas de voie «unique». Lorsque nous avons commencé à oeuvrer auprès des survivants, nous avons tendance à suivre un «modèle médical» qui considérait les mécanismes ou les défenses permettant aux survivants de faire face à la situation comme des preuves de «pathologie» nécessitant «un traitement». Ce point de vue a quelque peu évolué et comprend maintenant un modèle beaucoup plus centré sur la personne. Dans le cadre de ce modèle, il revient à la personne de diriger sa démarche, de définir le sens de ses expériences, de valider ses expériences individuelles et de mettre l'accent sur ses forces et ses capacités de faire face à ce qui lui arrive.

Les professionnels, les thérapeutes non accrédités, les survivants et les intervenants de tout milieu peuvent ne pas être d'accord quant à ce qui constitue la «guérison», le «traitement» ou la «thérapie» qui convient le mieux. Toutefois, la plupart seront d'accord pour accepter une règle fort simple : commencer avec la personne, ses besoins, là où elle se trouve dans son cheminement, ses ressources, ses sources de soutien et sa propre intuition quant à ce qu'elle a besoin de trouver ou quant au mieux-être recherché.

Les intervenants doivent se rappeler que, pour les survivants, le passage de la frontière de la peur à la décision de reprendre leur vie en main exige à la fois courage et espoir. Cela exige aussi un acte d'amour de soi de la part des personnes qui en sont peut-être venues à trouver l'idée d'amour même un concept étrange qui leur est étranger.

Appuyer le processus de guérison des survivants exige :

1. une acceptation inconditionnelle de la personne;
2. la foi en la capacité qu'ont les survivants de faire face aux circonstances et de guérir;
3. la validation de l'expérience de mauvais traitements des survivants;
4. le respect des limites personnelles de l'intervenant et de celles de la personne qui chemine;
5. de garder l'accent sur le fait que le client doit rester le maître de sa démarche;
6. d'aider la personne à comprendre qu'elle n'est pas la première à vivre cette expérience.

## **Un voyage unique**

Chaque démarche de guérison diffère d'une personne à l'autre. Tout cheminement peut exiger d'aider les survivants à avancer et à dépasser leurs expériences passées pour découvrir les liens avec leurs comportements et leurs sentiments actuels. Il faut parfois aborder les préoccupations immédiates centrées sur la vie très concrète comme trouver un logement ou un travail.

Les thérapies favorisant l'introspection peuvent s'avérer utiles à un certain moment, les approches cognitives et comportementales à d'autres. Certains survivants et survivantes sont plus axés sur l'action et plus concrets dans leur approche face à la vie et ne réagissent pas bien au point de départ avec le travail orienté vers le retour en arrière. Ils peuvent trouver ces approches un peu comme s'ils devaient conduire une voiture vers l'avant en regardant dans le rétroviseur. Le travail sur leurs pensées et leurs sentiments actuels ou sur les questions vitales à l'heure actuelle peut les amener à revenir en arrière pour déchiffrer la cause ou le sens de leurs actions. Plus les intervenants disposent d'«outils» thérapeutiques et plus ils font preuve de souplesse dans leurs interventions, plus ils seront en mesure d'aider la personne dans sa démarche.

## **La guérison, une démarche sociale**

Dans sa forme la plus fondamentale, la guérison ou la «thérapie» s'inscrit dans un processus social. Pour établir une relation fonctionnelle - le lien thérapeutique exige de nombreux éléments apparentés à ceux qui sont nécessaires pour qu'une relation prenne son envol; l'accueil bienveillant, la communication ouverte et directe, le réconfort, la mutualité, et le respect. Les thérapeutes rigides et distants seront probablement incapables de créer l'encadrement sécurisant et réconfortant dont les survivants ont besoin pour mieux cheminer. Ceci ne veut nullement dire que l'on doive laisser tomber les frontières professionnelles et les normes de pratique professionnelles. Ceci veut simplement dire que les intervenants doivent être plus à l'écoute du vécu des survivants et de leurs besoins.

Les intervenants doivent comprendre que la confiance peut s'établir très lentement sans qu'elle ne devienne complètement inconditionnelle, et ce tout au long de la démarche. Les survivants ont probablement été maltraités aux mains de personnes qu'ils connaissaient, qu'ils aimaient ou en qui ils avaient confiance, ou encore par quelqu'un en position d'autorité à leur égard. La rupture du lien de confiance peut influencer sur la personne tout au long de sa vie et peut affecter vraiment sa capacité de faire confiance aux autres. Il n'est pas rare de constater que la personne, en fait, croit que les autres exercent un certain contrôle sur sa vie ou qu'ils affectent la façon dont elle se perçoit ou dont elle se sent.

Les thérapeutes peuvent probablement se trouver dans une situation où ils doivent se défendre pour garder une certaine perspective face aux projections des survivants qui peuvent leur attribuer les mêmes caractéristiques que celles qu'ils ont vues chez leur agresseur. Il est essentiel que les thérapeutes soient patients afin de surmonter les arrêts et les départs parsemant la route des survivants. Il s'agit alors simplement d'aborder ensemble ces questions de confiance et de sécurité.

Si les survivants n'ont jamais entrepris de démarche de counseling auparavant, les thérapeutes ne devraient pas s'attendre à une révélation immédiate des faits ou des circonstances entourant l'agression, de la description de l'agresseur (particulièrement si c'est un membre de la famille), ou de ce qu'ils pensent ou ressentent suite à leur expérience. La révélation peut s'échelonner sur une longue période de temps. Les survivants ont besoin d'entendre d'un thérapeute qu'il est naturel de minimiser ou de rejeter la violence et les sentiments ou expériences qui s'y rattachent. On devrait toujours laisser une porte ouverte afin de permettre aux personnes survivantes de risquer de révéler ce qu'elles veulent, et ce quand elles sont bien prêtes à le faire. Pousser les personnes survivantes à tout révéler lorsqu'elles ne sont pas prêtes constitue en soi une forme d'agression et peut les forcer à mentir ou à réprimer leurs pensées ou leurs souvenirs. Si elles mentent une première fois, il peut être difficile pour elles de s'ouvrir à l'avenir car maintenant il y a fausse représentation.

## **Faire face aux essais antérieurs de guérison**

Les personnes qui ont déjà entrepris une démarche de counseling par le passé peuvent être encouragées à revenir sur leurs expériences, sans toutefois jeter un blâme à qui que ce soit, afin d'apprendre comment améliorer le travail de guérison actuel. De nombreux éléments de la démarche thérapeutique peuvent conduire à un échec. Parfois c'est parce qu'on n'arrive pas à répondre aux besoins de la personne. Il arrive également que le conseiller manque de formation. Il faut alors aborder ces questions ouvertement et honnêtement afin d'améliorer les chances de la personne d'atteindre le mieux-être auquel elle aspire maintenant dans le cadre de sa thérapie.

## **Aider les survivants à se préparer**

Il est important de reconnaître que les survivants et survivantes ne s'engagent pas tous de la même façon et ne poursuivent pas tous leur cheminement jusqu'au bout. Il revient à l'intervenant d'évaluer si la personne est prête à entreprendre ou à continuer sa démarche. Les toxicomanes auront besoin de soins ou de ressources supplémentaires. Les survivants sans famille, amis, ou partenaires pour les épauler lorsqu'ils entrent dans le processus de guérison peuvent aussi avoir besoin d'aide supplémentaire. Les survivants devant assumer des comportements mésadaptés à la fois chroniques et débilissants peuvent avoir besoin d'une vaste gamme d'appuis et de services afin de faciliter leur processus de guérison.

## **Arriver au counseling**

Le plus grand obstacle pour amener les victimes au counseling est le problème posé par l'évaluation des agressions dans leur vécu. De nombreuses personnes ayant subi des actes d'agression sexuelle ne se confient pas. Il en résulte qu'elles sont mal diagnostiquées ou mal étiquetées par des cliniciens, qui, eux, ne se doutent de rien. On dira alors que la personne est psychotique, hystérique, à la limite, ou antisociale. Les cliniciens ne voient pas souvent que les problèmes interpersonnels et psychologiques graves découlent des agressions sexuelles (Mennen, 1992).

## **Interventions privilégiées dans la démarche**

Il est possible de privilégier différentes interventions, et ce selon les besoins individuels, les désirs exprimés par la personne, ou la disponibilité du soutien et des ressources. La plupart des interventions se rejoignent à la fin, qu'on soit un homme ou une femme. Il subsiste toutefois quelques différences. Il faut en outre tenir compte de certaines données. L'agresseur fait-il partie de la famille? Est-il connu de la victime?

Des survivants peuvent préférer faire face aux conséquences affectives de l'expérience de violence. Ceci peut signifier qu'on va aborder les peurs et les phobies, la dépression, la culpabilité, le manque de confiance, ou les sentiments d'isolement. D'autres survivants peuvent aussi choisir de traiter des problèmes d'image corporelle, de sexualité, de toxicomanie et de relations et des questions de confiance. Enfin, certains peuvent choisir d'acquérir les habiletés voulues pour devenir un meilleur parent, les techniques de relaxation, d'affirmation de soi et les techniques de communication.

Certains survivants et survivantes intègrent aussi leurs croyances religieuses et leur croissance spirituelle dans leur travail de guérison. D'autres font appel au soutien de leur conjoint. D'autres encore écrivent un journal, utilisent des portraits de famille, des souvenirs d'enfance, et autres événements significatifs et positifs pour reconstruire et réorienter leur vie en plaçant les agressions en contexte (Mennen, 1992).

## **Interventions auprès des survivants autochtones**

Toutes les personnes oeuvrant auprès des survivants se doivent d'être sensibilisées aux défis et aux questions relevant de la culture, de l'ethnicité et de la langue qui entourent l'aide à apporter aux survivants.

Les collectivités autochtones au Canada ne font que commencer à reprendre leur patrimoine. Elles s'éveillent au pouvoir bénéfique de certaines de leurs traditions et elles reviennent aux valeurs, aux pratiques culturelles et à un sens collectif qui ont été perdus lorsque les familles et les collectivités ont été séparées lors d'essais d'assimilation des enfants autochtones par l'entremise de l'éducation dans les pensionnats.

Les survivants autochtones doivent surmonter des entraves considérables seulement pour divulguer les agressions subies. Dans certaines collectivités rurales, isolées ou fort petites, les intervenants peuvent être apparentés à l'agresseur. Lorsque porter plainte peut conduire à l'emprisonnement, les survivants et les guérisseurs peuvent, tous deux, ressentir une forte pression pour éviter d'avoir à traiter avec le système de justice pénale (Hodgson, 1990).

Au fur et à mesure que les collectivités autochtones chemineront dans leur démarche de guérison, elles dépendront de moins en moins des professionnels non autochtones. De nombreuses collectivités sont déjà bien en place. D'autres exigent encore un certain soutien afin de les aider à poursuivre leurs efforts. Il est important pour les professionnels non autochtones de reconnaître le pouvoir qu'ils ont dans de telles situations. Une partie du travail de guérison n'est pas seulement de «traiter» les survivants mais de travailler afin d'aider les collectivités autochtones à retrouver confiance dans leurs propres traditions culturelles et dans leurs moyens de guérison qui peuvent non seulement s'ajouter aux méthodes occidentales, mais éventuellement les remplacer. Pour en arriver à ces partenariats, il faut de la générosité d'esprit, de la patience et du respect. Puisque la confiance est un ingrédient essentiel au développement du respect, les professionnels non autochtones ont besoin de comprendre les défis auxquels doivent faire face les intervenants autochtones dans ce processus.

Il est important de développer le respect mutuel entre les intervenants autochtones et non autochtones. Hodgson croit que ceci est difficile parce que les cliniciens non autochtones croient souvent savoir ce qui est meilleur pour la personne autochtone. Elle croit aussi que les intervenants autochtones souvent ne font pas confiance à leurs propres idées lorsqu'il s'agit de déterminer les méthodes les plus efficaces.

Les stratégies de traitement qui semblent les plus efficaces auprès des survivants autochtones incluent les thérapies par le geste, les dessins et la visualisation. Selon Hodgson,

*La peur refoulée, contenue dans le corps, peut être libérée par la thérapie par le geste. On peut ainsi rompre le silence d'une façon moins menaçante par l'entremise des dessins et de la visualisation. On trouve ainsi une voix dans le silence, une absence de contrôle qui peut se transformer en prise de contrôle.*

## **Les survivants parents uniques**

De nombreux survivants, surtout des femmes, sont des parents uniques. Ils doivent s'occuper de leur famille, souvent dans la pauvreté et dans des circonstances extrêmement difficiles. Le fait d'être parent ajoute un stress important à tout adulte, même si les parents vivent ensemble. Les survivants parents uniques, doivent faire face aux demandes de la famille seuls en plus d'éprouver de la difficulté à se garder du temps à consacrer à leur démarche de guérison. Une fois le travail de guérison entrepris, cela peut s'avérer une tâche insurmontable simplement de trouver le temps pour assister aux séances de counseling pour eux-mêmes ou pour leurs enfants, faire les tâches ménagères, garder un emploi rémunéré et élever les enfants. De plus, il faut payer la gardienne. À la longue, cela peut revenir assez cher.

Les parents de familles monoparentales se retrouvent souvent seuls et se sentent très isolés. Ils ont peut-être perdu leur partenaire. Il arrive qu'ils aient été rejetés de leur famille. Quelquefois, leur famille ne croit pas à leur témoignage. Enfin, ils ont peut-être aussi perdu de vieux amis qui ne peuvent faire face à l'expérience d'agression sexuelle des survivants. Leurs craintes sont multiples. Ils peuvent s'inquiéter de surprotéger leurs propres enfants. Ils peuvent craindre de rencontrer des partenaires agressifs ou de placer leurs enfants dans des situations où ils vivront de la violence. Les enfants peuvent aussi faire surgir des questions avec leurs exigences affectives et leur demande de temps ou par des comportements précis.

Les survivants de familles monoparentales doivent aussi décider s'ils doivent se confier à leurs enfants. Ceci est particulièrement délicat lorsque les enfants connaissent l'agresseur.

## **Interventions auprès du survivant agresseur**

Une question particulièrement épineuse est le traitement des survivants qui sont maintenant des agresseurs ou qui l'ont été dans le passé. La plupart des conseillers et des thérapeutes refusent de travailler avec les survivants agresseurs. Certains intervenants refuseront même de travailler avec les survivants qui ont déjà perpétré des actes d'agression sexuelle dans le passé.

Cette exclusion s'explique lorsqu'on travaille avec des survivants dans un groupe. Les survivants non-agresseurs peuvent possiblement se sentir menacés et insécures dans ces circonstances. Une telle pratique peut se justifier assez facilement si l'on considère que la plupart des conseillers et des thérapeutes n'ont pas la formation et les capacités voulues pour travailler auprès des délinquants sexuels. Cela aussi justifie le retrait des barrières artificielles qui continuent à exister

entre les domaines des victimes et des agresseurs, et l'encouragement de tous les conseillers et les thérapeutes à travailler avec les survivants afin d'étendre leur base de connaissances. Nous savons que certains survivants et survivantes agressent d'autres personnes. Ceci peut se traduire sous la forme de négligence ou de violence affective, physique ou sexuelle. Qu'ils le réalisent ou non, de nombreux conseillers et de thérapeutes travaillent déjà avec des clients ayant posé ces gestes.

À cause des stéréotypes dangereux selon lesquels les hommes sont tous préoccupés par le sexe ou l'agressivité sexuelle, nous sommes tentés presque automatiquement de soupçonner la possibilité de délinquance sexuelle chez les survivants. Suite à cette croyance, il n'est pas rare pour certains thérapeutes de chercher des indices à ce sujet. Les conseillers et les thérapeutes, formés pour travailler les problématiques propres aux survivants et aux agresseurs auprès d'une clientèle masculine, vont entreprendre une vérification d'usage à propos de la relation avec les parents. De façon régulière également, les conseillers et les thérapeutes vont explorer chez leur client masculin les relations avec les autres personnes importantes ou le degré de risque qu'il peut poser à sa femme, son ou sa partenaire ou à ses enfants. Toutefois, en thérapie, on ne voit pas le même phénomène se reproduire pour les femmes.

Nous commençons à peine à accepter le comportement d'agression chez les femmes et non seulement face aux cibles évidentes comme les jeunes garçons et les filles, les adolescents et, même, bien que dans une moindre mesure, les hommes adultes, mais aussi envers d'autres femmes et entre partenaires lesbiennes (Renzetti, 1992). C'est une évolution importante au niveau de notre compréhension car nous avons besoin d'entreprendre des recherches qui nous mèneront au développement de concepts portant sur les comportements d'agression féminins, d'évaluation et de traitement qui puissent répondre aux besoins des femmes. Accepter le fait qu'une femme puisse agresser contribuera à la démarche de ces femmes qui peuvent être doublement pénalisées de par notre rejet de l'existence du phénomène.

Puisque l'agression commise par des femmes ne cadre pas facilement dans le cadre de travail théorique et de traitement féministe s'appuyant sur le genre, certaines féministes craignent qu'une thérapeute ne soit tentée de minimiser, de justifier ou de refuser de considérer le comportement agressif de ses clientes ce qui, à la limite, pourrait empêcher la guérison de cette femme (Lépine, 1990).

## **Choix du conseiller, du thérapeute ou de l'intervenant**

Lors du choix d'un thérapeute, les survivants devraient se souvenir que cette étape constitue le premier pas important à faire sur le chemin de la guérison. Il faut également garder à l'esprit que, parfois, il vaut mieux cesser le travail auprès d'un certain thérapeute si on sent la relation ne fonctionne pas, si on se sent agressé, exploité, ou si on a l'impression que l'orientation du thérapeute face au travail de guérison est incompatible à ses besoins.



Lorsqu'on cherche un thérapeute, on peut tenir compte des conseils suivants.

1. Ne vous pressez pas à entrer en thérapie avec le premier thérapeute rencontré.
2. Soyez patient. Cela prend généralement du temps avant de trouver les bons atomes crochus entre vos besoins et les capacités, l'expérience, la formation et la personnalité du thérapeute.
3. Si vous ne savez pas où commencer, contactez un hôpital local, consultez l'annuaire téléphonique et feuillotez les répertoires de conseillers ou de thérapeutes, ou demandez à votre médecin de vous référer.
4. Dans certaines collectivités, les survivants et les survivantes peuvent consulter les refuges à l'intention des femmes ou les centres d'aide pour victimes de viol pour obtenir des rendez-vous ou des références.
5. De nombreuses collectivités publient des annuaires téléphoniques spécialisés ou des répertoires de professionnels locaux, d'agences communautaires et de services d'aide et autres ressources pouvant aider les survivants adultes. Vous pouvez communiquer en personne ou par téléphone.
6. Demandez aux thérapeutes considérés de vous suggérer une liste de documents à lire qui portent sur l'orientation théorique ou le modèle de pratique.
7. Ne craignez pas de demander aux thérapeutes considérés où ils ont reçu leur formation et leurs références (ceci comprend les diplômes reçus, la formation et les stages spécialisés, les cours de perfectionnement professionnel). De nombreux professionnels sont inscrits à une association ou à un collège professionnel. Demandez aux thérapeutes si vous pouvez vérifier leurs références.
8. Recherchez un thérapeute qui est conscient ou qui est sensible à votre bagage culturel ou à vos besoins linguistiques.
9. Demandez s'ils offrent d'autres types de services comme le counseling pour les partenaires, la thérapie familiale, ou le travail de groupe que vous pourriez désirer inclure dans votre démarche.
10. S'ils ont une liste d'attente, demandez s'ils offrent ou s'ils peuvent faire les arrangements pour les services de soutien aux survivants dans l'intérim.
11. Discutez des heures, de la longueur des séances, de la durée du traitement, des frais, et des méthodes de paiement. Il faudra défrayer vous-mêmes les services du thérapeute à moins qu'il ne soit inscrit auprès d'un régime de santé provincial, qu'il ne fasse partie d'une agence de

service social financée par le gouvernement ou qu'il ne soit couvert par votre propre assurance santé. De nombreux thérapeutes font preuve de souplesse et ajustent leurs honoraires selon la capacité de payer des clients.

## **Sexe du conseiller, du thérapeute ou de l'intervenant**

Aucune recherche empirique ne saurait justifier le bien-fondé de recourir exclusivement à un thérapeute du même sexe que le client. Ce qui compte surtout relève des capacités du thérapeute, de sa formation, son expérience et sa personnalité. Les survivants devraient toutefois peser leur choix avec soin et baser leur décision sur leurs besoins personnels.

Il arrive que les conseillers du même sexe que les survivants puissent être en mesure d'offrir des perceptions plus subtiles et reliées au sexe de la personne. Toutefois, les survivants ou survivantes ayant été agressés par une femme peuvent trouver stressant le fait de travailler avec une femme thérapeute. De même, les survivants ou les survivantes ayant été agressés par un homme peuvent trouver difficile de travailler avec un thérapeute masculin.

Le moment où les survivants font leur choix peut aussi être important. Les hommes et les femmes qui commencent à peine leur démarche peuvent hésiter à vouloir travailler avec un thérapeute du même sexe que leur agresseur. Il en va de même pour une personne qui en serait à une phase plus difficile de sa démarche. Plus tard dans leur cheminement, ils peuvent désirer travailler avec un thérapeute de même sexe que leur agresseur s'ils sentent que cela leur offrira d'autres points de vue ou d'autres renseignements.

## **Thérapeutes survivants ou survivantes**

Les thérapeutes eux-mêmes survivants ou survivantes peuvent offrir à leurs clients des perceptions enrichissantes pour ce qui est de la démarche même de guérison. Les thérapeutes survivants offrent un modèle d'espoir et un exemple de la façon dont on peut réussir à intégrer l'expérience dans sa propre vie. Les thérapeutes survivants partagent une expérience commune avec leurs clients et ont aussi accès aux sentiments, aux distorsions cognitives et aux perceptions subtiles quant au fait d'avoir subi la violence contrairement aux thérapeutes n'ayant pas vécu les mêmes expériences. Les thérapeutes survivants disposent ainsi de renseignements et d'une expérience qui peuvent s'avérer très utiles pour leurs clients.

Ceci ne veut pas dire, néanmoins, que les thérapeutes non survivants soient moins capables d'offrir un accueil chaleureux aux survivants adultes d'agression

sexuelle. En fait, faire appel à un thérapeute lui-même survivant comporte parfois certains inconvénients. Aucun survivant ou survivante ne devrait entreprendre le travail d'aider la guérison d'une autre personne à moins d'avoir réussi sa propre thérapie et d'être parvenue à bien intégrer les expériences de violence dans sa propre vie. Le fait d'être survivant d'agression sexuelle ne saurait remplacer les compétences, la formation supervisée, la formation et le perfectionnement continu.

Il y a des «thérapeutes naturels» parmi la population des survivants. Toutefois, les thérapeutes survivants ont besoin de comprendre qu'ils ne peuvent emmener l'autre personne plus loin qu'où ils sont eux-mêmes allés dans leur démarche. Les intervenants survivants doivent rester à l'affût des dangers possibles de dépasser la barrière entre client-thérapeute et de mettre en danger leur propre processus de guérison et l'orientation de la thérapie.

## Thérapies de groupe

Les thérapies de groupe peuvent s'avérer extrêmement bénéfiques pour les survivants. Même s'il ne s'agit que d'une approche, le travail de groupe offre beaucoup d'avantages par rapport à d'autres formes de thérapie.

Les groupes offrent aux survivants un environnement sécurisant et un moyen de faire face aux sentiments d'isolement et de solitude propres à toute démarche de guérison. Puisque le fait d'assister à des rencontres de groupe constitue en soi une action publique, cette participation peut atténuer le fardeau du secret, lequel fait partie du vécu émotif des survivants, tout spécialement dans les cas d'inceste (Saxe, 1993). D'autres survivants peuvent appuyer l'ouverture, valider l'expérience de violence, affirmer le droit des survivants à la sécurité, et aider à naviguer dans des eaux souvent troublées sur le chemin de la guérison. Les survivants sont plus à même de faire face au blâme qu'ils s'adressent à eux-mêmes et aux mécanismes dangereux chez d'autres survivants parce qu'ils ont survécu à l'expérience. Ensemble, les membres du groupe peuvent aussi se réjouir du chemin qu'ils ont parcouru et de la force qu'ils en retirent.

De nombreux survivants et survivantes éprouvent des difficultés dans leurs relations interpersonnelles. Le fait d'assister à des rencontres de groupe permet ainsi d'établir des liens intimes avec d'autres personnes (Yalom, 1985).

Le groupe peut offrir aux survivants d'inceste, espoir et optimisme face à l'avenir, affirmer l'universalité de l'expérience, développer les techniques de socialisation, imiter le comportement, faire l'expérience de l'apprentissage interpersonnel et la cohésion du groupe, trouver un sens d'appartenance et revivre le groupe familial principal (Roberts & Gwat-Yong, 1989). Les groupes permettent aux membres de faire l'expérience de la vision du voyage vers la guérison des autres membres, de former des liens communs et de partager les méthodes pour confronter la situation (Roth & Newman, 1993).

Les groupes offrent aux survivants une façon de pratiquer le travail sur les questions de frontières. Pour citer McEvoy (1990),

*Les frontières nous donnent un sens de sécurité, un moyen de régler nos interactions avec les autres. Elles nous disent qui nous sommes et quels sont nos droits et nos responsabilités en tant que personnes. Les frontières nous disent que nous sommes des individus uniques, ayant droit à des besoins et à ce qu'on satisfasse ces besoins. Les frontières nous disent notre valeur. Toutes les formes d'agression sexuelle contre les enfants, incluant l'inceste, impliquent l'invasion à répétition et le viol des frontières personnelles des victimes.*

On croit que les femmes ont moins le sens des frontières personnelles que les hommes et qu'elles ont besoin de travail plus axé sur la restauration ou l'établissement de ces frontières. Il est important de faire le lien, dans l'esprit des survivants, entre la perte ou le viol de leurs frontières personnelles et leur agression.

La taille des groupes peut varier allant de trois ou quatre personnes à douze ou plus. En règle générale, plus le groupe est petit, mieux c'est. Les petits groupes permettent davantage à tous de se pencher sur son propre vécu de façon personnelle, tout en bénéficiant de plus de rétroaction et de soutien. Les groupes animés par deux intervenants permettent à l'un d'eux de travailler le contenu de la séance tandis que l'autre fait le suivi du processus de groupe et des signaux non verbaux de détresse. Les groupes à temps limité introduisent un élément de conscience du temps qui améliore le processus de création de liens entre les membres du groupe en plus d'offrir une structure et une approche centrée à l'intervention (Roberts & Gwat-Yong, 1989).

Les groupes peuvent être de courte durée (de huit à douze semaines) ou de durée continue. Les séances d'une heure et demie s'échelonnant sur 15 semaines semblent offrir les plus grands avantages (Knight, 1990). L'auteur de cette étude fait valoir entre autres que bien qu'un groupe de 15 semaines ne dure pas assez longtemps pour compléter le processus thérapeutique, il peut aider les membres à s'accepter eux-mêmes et peut leur offrir un guide et une direction pour le travail thérapeutique à venir.

Lorsqu'on organise des groupes pour les survivants adultes, il est possible de réunir les survivants d'inceste et ceux à l'extérieur de la famille, les groupes d'âge différents (mais non les enfants de moins de 18 ans), les survivants et les survivantes, et les personnes de différentes cultures et d'orientation sexuelle. On devrait déterminer l'à-propos de combiner les survivants de milieux et d'expériences variés selon les besoins des membres du groupe et des survivants.

Il y a des circonstances où le travail de groupe peut s'avérer ne pas être le meilleur choix pour un client. Il se peut que le travail de groupe ne convienne pas aux survivants violents et agressifs, aux personnes très timides, ou aux personnes ayant été victimes de violence aux mains d'un groupe d'agresseurs.

## Étapes inhérentes à une démarche de groupe

Toute démarche de groupe comprend normalement certaines étapes. Lors des premières séances, il faut d'abord s'attarder à la création d'un environnement d'appui mutuel, de confiance et de sécurité où les survivants peuvent commencer à former un lien avec le thérapeute et les autres membres du groupe. Typiquement, la première séance comporte les questions d'usage et l'établissement des règles du jeu. Les premières séances comptent habituellement des exercices permettant aux membres et aux thérapeutes de mieux se connaître. On discute normalement à cette étape des sentiments associés avec l'expérience de violence. On n'explore normalement pas les détails de la violence lors de ces premières étapes.

Les survivants qui plongent directement et commencent à dévoiler leurs expériences en grands détails sont parfois encouragés à doser leur partage afin d'éviter d'effrayer ou de dépasser les autres membres du groupe et pour empêcher la personne de se sentir surexposée et vulnérable. Après un témoignage plutôt lourd sans avoir eu la chance de traiter le flot de sentiments qui suivent normalement le dévoilement et le partage, certains survivants et survivantes se sentent honteux ou embarrassés et fuient le groupe ou la thérapie.

Après la création d'un environnement non menaçant et mutuellement encourageant, les membres sont invités à commencer à partager leur vécu plus en profondeur. Au fur et à mesure que les survivants commencent à se rappeler les événements traumatisants entourant leurs mauvaises expériences, il arrive fréquemment que les sentiments de tristesse ou de dépression s'intensifient. Certains adoptent alors des stratégies de survie mal adaptées pour faire face à ces sentiments. Si on explique le déroulement normal d'un cheminement thérapeutique, ils peuvent se sentir plus aptes à persévérer en dépit des turbulences et continuer en espérant qu'ils pourront dépasser ces crises. Plus ils sont capables de faire face à chaque nouvelle crise, plus ils auront d'espoir et de confiance en eux.

L'étape suivante nécessite habituellement qu'il faille aller plus loin dans l'exploration des émotions reliées à l'agression. On encourage les membres à commencer à travailler les limites et même de confronter les personnes, les sentiments ou les distorsions cognitives qui peuvent nuire à leur démarche de guérison.

La prochaine étape met normalement l'accent sur l'aide à apporter aux survivants pour établir des buts et un plan d'action visant à les aider à intégrer les expériences d'apprentissage dans leur vie quotidienne. À cette étape, il importe de valider et de reconnaître les objectifs de croissance et de rendement établis pour ce qui est de la démarche de groupe. La dernière étape implique typiquement la préparation à la séparation du groupe et de l'animateur ou de l'intervenant.

## Types de groupes

Il y a plusieurs formes ou types de groupes que les survivants peuvent utiliser dans leur processus de guérison. Les groupes de thérapie à court terme ou à long terme peuvent s'avérer utiles à différents moments. Les groupes spéciaux mettront l'accent sur des questions précises pour les survivants, comme par exemple l'affirmation de soi, le soutien au partenaire du survivant ou de la survivante, la préparation au procès, ou les questions légales relevant de la responsabilité des agresseurs. Ces groupes seront utiles à d'autres moments. D'autres exemples comptent : les groupes de pairs, les groupes d'entraide, les groupes de même orientation sexuelle, les groupes mixtes, les groupes culturels, les groupes religieux et spirituels.

## Toxicomanie des survivants

De nombreux thérapeutes croient qu'il est impossible de traiter les survivants toxicomanes avant qu'ils n'aient commencé à travailler sur leur dépendance. La toxicomanie constitue, après tout, un mécanisme de défense, une défense contre la conscience ou l'acceptation des sentiments de douleur ou des expériences de vie. Il s'agit parfois de la seule défense qui s'offre aux survivants à ce moment-là. Il importe alors d'aider les survivants à élaborer des stratégies pour faire face à la situation qui n'ajoutent pas aux difficultés de leur vie en les encourageant et les appuyant à se débarrasser des stratégies destructrices. Les survivants agresseurs, ou qui se lancent dans la consommation abusive de drogues ou d'alcool auront le plus de difficulté à donner une orientation précise à leur démarche thérapeutique. Les agences ou les thérapeutes de certaines collectivités considèrent prioritaire la sécurité collective et insisteront pour que les survivants terminent un traitement pour leur toxicomanie ou leur comportement agressif avant que le counseling ne puisse être offert.

Toutefois, il est possible de travailler sur les deux problèmes simultanément. Tout survivant ou survivante essayant ce type de travail et son intervenant doivent s'assurer qu'il y a une grande collaboration entre le thérapeute de la personne et le conseiller en toxicomanie, le cas échéant.

## Prise en charge

Ce que l'on entend par *prise en charge* varie souvent d'un auteur à l'autre. Essentiellement, la prise en charge vise à donner ou redonner aux personnes un sens d'auto-efficacité. Cela veut dire leur offrir les outils et la conscience nécessaire pour négocier leur environnement social. Dans le cadre d'une prise en charge, on peut choisir d'agir seul ou de s'engager avec d'autres afin de travailler à changer les

pratiques sociales plus vastes, les pratiques systémiques ou institutionnelles qui peuvent avoir donné lieu à l'agression, ou qui peuvent encourager ou soutenir la victimisation ou entraver la route vers la guérison.

Parfois, les essais des thérapeutes pour la prise en charge se soldent par un échec. Le sentiment de prise en charge découle normalement de l'expérience du succès et le fait de se savoir maître de son destin. Les survivants, en fin de compte, doivent trouver leur propre voix, leur propre cheminement, et leur propre rythme. Si les thérapeutes sont trop directifs dans leur définition du chemin que les survivants doivent suivre, dans leur interprétation du sens de leurs expériences, ou s'ils donnent une portée trop étroite quant au travail de guérison qui ne cadre pas avec le propre groupe de référence culturelle des survivants, leurs actions à ce moment créent l'effet contraire, et ce que les thérapeutes soient bien intentionnés ou non.

La prise en charge signifie qu'il faut construire l'estime de soi. On doit encourager les survivants à reconnaître leur mérite lorsqu'ils réalisent des progrès. Il faut également rappeler à la personne que le thérapeute ne fait qu'accompagner la démarche, il n'en est que le témoin pour ainsi dire. Voilà ce qui replace les frontières personnelles et offre un sens de soi et de son pouvoir personnel (McEvoy, 1990).

## **Agression perpétrée par l'intervenant**

Les personnes qui ont subi des actes d'agression sexuelle au cours de leur enfance demeurent très vulnérables aux éventuelles agressions sexuelles de la part de ceux ou celles avec qui elles entreprennent leur démarche de guérison. Les survivants manquent souvent de liens sécurisants ou de bases nécessaires pour la séparation psychologique, comme l'empathie, le toucher, l'attention, la constance, la protection ou le soin (Armsworth, 1989). Ceci peut les mener à former des liens imprégnés d'anxiété (Krugman, 1987). Les survivants peuvent donc ne pas être capables de maintenir la frontière entre eux-mêmes et le thérapeute. Il en résulte qu'ils peuvent se servir de la relation avec le thérapeute pour répondre à leurs besoins développementaux qui n'ont pas été satisfaits dans leur enfance (Armsworth, 1989). Ceci laisse les survivants vulnérables face à l'exploitation et aux agressions ainsi qu'à tout autre manquement déontologique du thérapeute.

Les clients dans le besoin peuvent revenir à de vieilles méthodes d'attachement au sein de la relation d'aide, notamment par l'entremise de la sexualité. Si le thérapeute est perçu comme un adulte puissant, les vieux modèles de réponses face aux personnes puissantes peuvent amener les victimes à tout simplement régresser ou accepter les demandes des thérapeutes et de suivre aveuglément leurs directives.

Les thérapeutes ne sont pas à l'abri des problèmes psychologiques. Ils peuvent manquer de formation ou se trouver dans une période de détresse. Il leur arrive également d'avoir à affronter des problèmes personnels et professionnels qui

les dépassent. Dans de telles circonstances, ils courent de plus grands risques de faire subir certaines agressions à leurs clients (Pope and Bouhoutsos, 1986). Les clients qui risquent de subir ces agressions aux mains de leur thérapeute sont ceux qui ont vécu dans un environnement qui a nui au développement de leur personne, ceux qui ont vécu des expériences de dépersonnalisation qui ont accentué l'état de non-personne, et ceux qui ont adopté un «modèle d'abandon» pour faire face aux agressions, y compris celles perpétrées par le thérapeute (Armsworth, 1989).

Ce type d'agression constitue une sérieuse question légale, morale et déontologique. Il s'agit également d'un terrible abus de pouvoir. Il faut également se rappeler que la violence du thérapeute ne mène pas toujours à l'agression sexuelle proprement dite. Il existe d'autres formes subtiles de violence, comme la violence affective, c'est-à-dire, une forme de minimisation, de rejet ou de distorsion de l'expérience des survivants ou de manque de respect.

Les survivants vulnérables qui nouent des liens imprégnés d'anxiété avec leur thérapeute, ceux qui sont aux prises avec les difficultés à établir des frontières personnelles, ou ceux qui ne trouvent aucun autre soutien pour les appuyer peuvent ne pas savoir comment faire face à la violence affective. Toutefois, peu importe ce qu'ils pensent vivre, il est important pour eux d'exprimer leurs inquiétudes auprès de leur thérapeute. S'ils ne sont pas satisfaits de la réponse de celui-ci et s'ils ne sentent pas que leurs inquiétudes se résolvent, ils doivent cesser immédiatement de le voir. S'ils sentent que le thérapeute leur porte un intérêt sexuel, ou s'ils ont des rapports sexuels avec cette personne, il vaut mieux rompre immédiatement tout contact. De toute façon, ils devraient immédiatement rapporter le thérapeute à l'organisme professionnel avec lequel il est associé. Ils peuvent aussi désirer consulter un avocat.

Recommencer le travail de guérison après une expérience d'agression aux mains d'un thérapeute peut représenter un grand défi. Les survivants dans de telles situations ont besoin de se donner le temps de reconnaître et de faire face à leurs sentiments de colère ou de trahison et doivent procéder lentement. Il existe de nombreuses personnes capables, honnêtes qui peuvent les aider dans leur démarche de guérison. Trouver un autre thérapeute peut prendre du temps, mais cela en vaut vraiment la peine.

## Étapes de guérison

Même si peu de survivants cheminent exactement de la même façon, la plupart passent par certaines étapes communes à toute démarche de guérison. Ces étapes ne sont pas nécessairement linéaires ni ne suivent de progression logique. En voici quelques exemples :

1. Décider d'entreprendre une démarche de guérison
2. Reconnaître l'agression sans distorsions
3. Reconnaître tous les sentiments qui en découlent



4. Cesser de se blâmer
5. Faire le deuil de sa perte
6. Prendre contact avec sa rage et sa colère
7. Transformer la colère en action positive
8. Si opportun, et si le moment est à propos, confronter son agresseur et (ou) ceux qui n'ont pas offert leur protection (cela peut se faire de façon symbolique ou en personne)
9. Se faire confiance
10. Créer et maintenir des frontières fortes et saines
11. Intégrer les acquis du cheminement dans le quotidien et dans ses rapports avec autrui
12. Recréer la personne complète en esprit et en corps.

### **Caractéristiques de l'intervenant influant sur la guérison**

---

1. l'accueil personnel et chaleureux
2. l'approche sans porter de jugement
3. l'engagement à aider les survivants dans sa démarche
4. jouer le rôle de facilitateur et non un rôle directif
5. affirmer ses propres frontières
6. accepter l'homosexualité
7. parler de sexualité avec aisance et naturel, être à l'aise face à sa propre sexualité
8. clarifier les attentes dès le début pour ce qui est du travail thérapeutique et des contraintes quant à l'aspect confidentiel des renseignements
9. tenir compte des besoins de la personne sur les plans de la culture et de la langue
10. disposer de connaissances et de formation sûres dans le domaine des agressions sexuelles contre les enfants.

## **Chapiter 5**

# **ENTRAVES AU DÉVELOPPEMENT D'APPUI ET DE SERVICES**

---

Les survivants à la recherche de traitement ou d'autres formes d'aide sont vites confrontés aux obstacles. De nombreuses collectivités n'ont tout simplement pas de programmes de traitement. Quelques unes offrent seulement les services sociaux généraux qui ne comportent pas d'intervention spécifiquement pour la violence sexuelle ou peuvent offrir de l'aide seulement en temps de crise. De nombreuses collectivités manquent de professionnels ou d'autres thérapeutes dûment formés. Dans les grands centres urbains où les services existent, les survivants sont confrontés à de longues listes d'attente. Les populations de survivants aux besoins spéciaux comme les handicapés, les minorités linguistiques et culturelles, les autochtones canadiens, les lesbiennes et les gais éprouvent davantage de difficulté à trouver les ressources appropriées.

On a besoin de plus de groupes d'entraide, de services et de programmes axés sur un traitement à long terme. Les programmes destinés aux gens qui ont été témoins d'actes d'agression sexuelle et les programme de préparation au procès ne sont pas disponibles dans la plupart des collectivités. Peu de collectivités ont des programmes pour aider les adolescents plus âgés faisant la «transition» aux services adultes. L'aide aux parents d'enfants victimes de violence est rare, comme l'appui aux membres de la famille qui ne sont pas les agresseurs.

Il est rare de trouver des ressources et de la formation pour les familles d'accueil des victimes et des survivants. Les clients doivent souvent avoir un «diagnostic» et une référence d'un médecin pour avoir accès aux services de santé mentale, plutôt que de pouvoir y aller d'eux-mêmes.

Aider les survivants à trouver des traitements et appuyer leur processus de guérison n'est qu'une partie du travail que l'on doit faire. Toute discussion de travail auprès des survivants adultes ne saurait être complète sans que l'on examine les barrières systémiques et autres qui à l'heure actuelle empêche le développement de services et d'appui nécessaires.

### **Ressources humaines et financières**

---

On presse de toute part les gouvernements de couper les dépenses et de réduire les déficits, une situation qui n'annonce rien de bon pour les victimes et les survivants d'agression sexuelle. Les personnes qui veulent élaborer de nouveaux programmes pour les survivantes et les survivants, pour les agresseurs, hommes et femmes, sans compter la recherche et le développement et la formation professionnelle des

nouveaux thérapeutes, vont se retrouver dans une longue file avec les groupes ayant des intérêts parallèles. Voilà une réalité politique inévitable à laquelle tous ceux qui oeuvrent dans le domaine doivent faire face. Il est aussi important de reconnaître les politiques sous-tendant l'octroi de ces ressources. Les manques perçus au niveau des ressources humaines et financières sont rarement ce qu'ils semblent.

Dans le climat politique actuel, les défenseurs et les survivants doivent devenir de meilleurs collaborateurs et doivent construire des partenariats avec les services sociaux et de santé, le domaine correctif, et l'éducation afin que nous puissions nous associer et mettre ensemble nos énergies collectives pour attaquer les problèmes sociaux qui font partie intégrante de la problématique des agressions sexuelles.

Nous devons nous engager à trouver des moyens de travailler d'une meilleure façon avec les ressources en place, d'éliminer les dédoublements de services, de partager les locaux, et de mettre à profit la créativité et la force inutilisée jusqu'à maintenant de nos membres afin d'en arriver à créer de nouveaux partenariats de travail et des entreprises coopératives. Nous devons aussi encourager la diversité dans le «travail» afin de permettre l'évolution et le développement du domaine.

De nombreuses barrières bloquent encore l'accès aux services. Certaines régions du pays, à cause de la population et des ressources disponibles, sont capables d'offrir un niveau de service que d'autres collectivités ne peuvent avoir. Nous devons travailler plus fort à construire de meilleurs liens entre les différents domaines de services aux personnes, des domaines qui ont la chance de toucher à différents aspects du problème d'agression sexuelle. Par exemple : former les professeurs à reconnaître les premiers signes d'agression sexuelle; accroître les avantages des programmes d'aide aux employés afin de couvrir les coûts, incluant la garde d'enfants, associés au counseling; ou travailler avec le gouvernement, les entreprises et les médias pour décourager l'utilisation d'images, en publicité ou dans le monde artistique qui appuient, acceptent, ou suggèrent la violence.

Enfin, les problèmes de certains survivants et survivantes sont profondément difficiles à traiter parce que l'agression s'est produite associée à d'autres problématiques. Par exemple, les survivants souffrant du syndrome d'alcoolisme foetal, ou qui ont des problèmes d'apprentissage, de développement ou des incapacités physiques ont beaucoup d'obstacles à surmonter. Les services pour ces survivants sont presque inexistantes.

## Accès

Si nous sommes sérieux dans notre désir d'encourager les victimes à dénoncer les agressions, nous devons nous assurer de disposer des ressources pour les aider dans leur démarche, sinon nous risquons de les placer dans une situation d'échec. Donner de l'espoir aux survivants pour ensuite le retirer plus tard est cruel et immoral. Les conseillers peuvent facilement se retrouver devant un dilemme lorsqu'ils savent

que des survivants sont prêts et capables de commencer une démarche de guérison, mais quand ils savent aussi que les appuis et les services nécessaires pour faire le travail ne sont pas disponibles. Peut-être y a-t-il aussi le fait, encore plus insidieux, que cette situation se trouve à reproduire l'expérience de trahison que les survivants ont vécue au cours des agressions.

L'accès dans les régions rurales et éloignées du pays demeure problématique. Les problèmes de distance, de confidentialité, de manque de thérapeutes formés, et de protection des survivants face à une autre victimisation après avoir rapporté l'acte, toutes ces questions soulèvent d'énormes défis pour les intervenants dans les petites collectivités.

Le fait d'établir ou d'offrir des ressources supplémentaires pour les fonds de compensation des victimes aiderait les survivants à recevoir du counseling plus rapidement. De tels fonds pourraient aussi être utilisés pour aider les survivants à intenter un procès aux agresseurs pour dommages afin de recouvrir les coûts associés au counseling.

À un niveau fondamental, l'accès aux services relève également des considérations politiques. Les personnes à revenus modiques ne peuvent se permettre des thérapeutes privés, et de nombreux professionnels ayant la formation et l'expérience pour offrir ces services sont exclus des régimes provinciaux d'assurance-maladie.

Il ne s'agit pas seulement d'argent. Ceux qui songent élaborer des services à l'intention des survivants adultes, ou adapter des programmes actuels, doivent être consciencieux quant à la structure de la prestation des services. Des services froids et peu accueillants pourraient décourager les survivants d'y venir même s'ils peuvent se les permettre. Ils doivent se sentir bienvenus, se sentir chez eux.

De nombreux survivants et survivantes travaillent le jour ou le soir. D'autres sont aux études. Les programmes de 9 h à 17 h rendent l'accès difficile. Les survivants qui ont des familles peuvent aussi avoir de la difficulté à trouver des gardiennes pour leurs enfants le jour ou le soir. Offrir des services de garde d'enfants ou aider les survivants de toutes les façons possibles dans ce domaine peut faire en sorte que la personne assistera ou non aux séances de counseling. Les programmes situés loin des résidences des survivants peuvent rendre les déplacements en voiture ou par transport public trop chers ou impossibles.

De nombreux survivants et survivantes ne savent tout simplement pas qu'il existe des services conçus à leur intention. En raison du stigmate, certains survivants et survivantes en viennent à croire qu'ils ne méritent ni aide ni services. Les survivants sont typiquement des personnes isolées qui peuvent être dépassées par la peur et la méfiance et elles ont besoin d'ouverture et d'encouragement pour les aider à faire les premiers pas. Il faut donc tenter de les rejoindre dans leur milieu par une action d'ouverture sur la collectivité.

Il faut également tenir compte de la philosophie ou de l'énoncé de mission du programme, du processus de fonctionnement et de sa prestation, sans toutefois oublier l'habileté, les attitudes et la formation des intervenants pour n'en nommer que quelques aspects. Même le nom du programme devrait être choisi avec soin. Tous ces détails communiquent un message aux survivants quant à leur valeur, à l'importance que l'on accorde à leur travail de guérison et quant à la vision du programme dans un contexte social plus vaste.

En d'autres mots, les programmes qui prônent la prise en charge doivent vraiment être facilitateurs et non directifs dans leur orientation thérapeutique. Les programmes dits spécialisés dans la relation d'aide doivent traiter leur personnel avec le même soin, c'est-à-dire avec considération et appui. Les programmes qui parlent d'espoir et de guérison ne devraient pas être en guerre avec d'autres groupes de survivants ou d'autres programmes qui traitent les agresseurs. Les intervenants devraient toujours se souvenir de l'hypervigilance de la plupart des survivants. Si les clients trouvent des contradictions et de l'hypocrisie auprès de leurs guérisseurs, ils peuvent en sortir découragés et méfiants.

Il importe également de créer un milieu accueillant pour tous. À titre d'exemple, il arrive que les gais et les lesbiennes se sentent exclus des programmes qui ne tiennent pas compte de leur perspective.

Le principe d'équité doit se trouver au coeur de tout programme et de toute relation entre le personnel et les clients. L'équité se rapporte aussi à la portée du programme. L'équité dans son sens le plus fondamental parle de responsabilité. Les services de soutien aux survivants appartiennent en quelque sorte aux survivants eux-mêmes. Le personnel est là pour offrir un service aux clients.

Lorsqu'on peut le faire, les programmes de traitement et de soutien devraient avoir un personnel reflétant la démographie de la population et les besoins de la collectivité locale. Les services aux survivants se doivent de rester sensibles à la fluctuation démographique et aux nouvelles demandes imposées aux services par les survivants de différents groupes ethniques. Les personnes qui ont complété le programme, les membres des groupes ethniques locaux, et les minorités sexuelles devraient toujours être représentés auprès du personnel, des conseils d'administration et des comités consultatifs communautaires. Les survivants devraient être consultés régulièrement quant à leurs idées au sujet de l'élaboration et de l'évaluation des programmes.

## **Interventions dans une vision de vie globale**

Aider et soutenir les survivants ne demande pas simplement qu'on leur offre un traitement. Toute agression comporte normalement une constellation d'autres formes de violence comme par exemple, la négligence, la violence affective et physique, la violence familiale, les perturbations scolaires, l'arrêt du développement et la séparation de leur famille.

On doit aussi se pencher sur la façon dont ces événements sont intériorisés dans la vie des survivants. De nombreux survivants et survivantes ont besoin, entre autres choses, de formation pour le travail, de logement, d'emploi, d'accès à l'éducation et de renseignements fondamentaux sur la nutrition, les soins des enfants, les soins personnels, l'aide financière temporaire pour les aider à se remettre sur pied et laisser la dépendance institutionnelle. L'absence d'approche coordonnée et en collaboration entre la vaste gamme d'agences communautaires et les ministères gouvernementaux complique le processus de guérison des survivants dont les besoins sont variés et souvent urgents.

## **Formation et supervision des intervenants**

Les thérapeutes doivent aussi prendre soin d'eux-mêmes. Cet aspect du travail revêt la même importance que les interventions faites auprès des clients, mais cela reste à devenir une norme de travail. Les intervenants oeuvrant auprès des survivants sont souvent surmenés, stressés et affichent un taux élevé d'épuisement professionnel. Le taux de roulement dans ce domaine est d'ailleurs fort inquiétant. Lorsque les intervenants partent, ils emportent avec eux une formation valable et une expérience trop souvent difficile à remplacer.

Peu de programmes ont les ressources financières afin de donner une formation continue à leur nouveau personnel. Et même s'ils avaient ces ressources, la formation n'est pas toujours disponible. La plupart des collèges et des universités n'offrent pas la formation spécialisée pour le travail auprès des survivants à leurs étudiants en services sociaux, en santé mentale, en nursing, en médecine, en éducation et en droit. Les ateliers qui présentent des formats spécialisés d'une seule session sont trop souvent très éloignés ou trop chers.

La supervision du travail des thérapeutes constitue une partie essentielle de la responsabilité personnelle et professionnelle. La supervision ramène une certaine perspective aux thérapeutes qui peuvent être aux prises avec les questions de frontières et de limites entre le client et le thérapeute, ou qui peuvent se sentir incertains quant à la thérapie des survivants à cause d'un manque de connaissances ou de formation face aux problèmes précis de la personne. Un superviseur adroit peut aider à la fois les débutants et les thérapeutes d'expérience à évaluer de façon réaliste leurs capacités, leur formation et leur expérience pour ensuite comprendre clairement dès le départ le type de personnes qu'ils devraient aider.

La supervision s'avère aussi essentielle pour les thérapeutes qui sont eux-mêmes en thérapie. Les intervenants qui sont en thérapie courent le risque de confondre leurs propres problématiques, besoins, et processus de guérison avec ceux de leurs clients.

Le travail auprès des survivants devient parfois épuisant. Placés, comme ils le sont, devant les nombreuses demandes de leurs ressources personnelles, devant l'ignorance et la résistance du public quant à cette question, et devant le manque de validation de l'importance du travail, les intervenants peuvent souffrir de surmenage et d'épuisement professionnel. Les thérapeutes ont donc besoin d'établir des liens positifs et solides avec leurs proches afin de nourrir leur vie affective, de leur redonner de la vitalité, et d'aider à leur bien-être. Les loisirs, les activités physiques, le jeu et l'humour sont nécessaires pour garder leur perspective sur leur vie et leur travail. Des thérapeutes stressés et en mauvaise santé constituent de mauvais modèles à suivre pour leurs clients surtout lorsqu'ils essaient d'encourager le mieux-être et la guérison.

La supervision peut se faire dans le cadre de rencontres officielles ou décontractées avec un clinicien plus expérimenté, l'appui des pairs, le visionnement de vidéos de son travail, et si opportun, la rétroaction du client. Il importe que cette supervision s'inscrive dans le cours normal et prévu du travail professionnel.

Les administrateurs de programmes doivent épauler leur personnel dans la gestion des programmes de survivants adultes. Offrir une formation continue, prévoir à l'horaire une supervision, faire le suivi du stress auprès des employés, et inviter la participation des intervenants du milieu à la prise de décision sont autant de façons de réduire l'éventualité des maladies liées au travail et d'éviter le roulement et l'épuisement du personnel.

## **Recherche, contrôle de la qualité et avancement de la cause**

Dans une période de contraintes budgétaires, la recherche perd normalement la priorité. Malheureusement, le domaine étant si récent, le domaine des survivants a besoin d'engagements accrus pour ce qui est de la recherche afin de peaufiner les définitions, les concepts et les modèles de pratique reliés à l'évaluation, aux soins et à la guérison. La recherche et la pratique ne s'excluent pas mutuellement, mais sont plutôt interdépendantes. Il est impossible pour un domaine d'évoluer sans révision continue et systématique de sa base de connaissances.

Il faut également prendre au sérieux les normes de qualité des soins dans ce domaine. L'élaboration de normes de pratique pour la formation des thérapeutes, les soins et l'évaluation ainsi que l'évaluation des programmes aurait dû être entreprise il y a longtemps.

De nombreux survivants et survivantes ne savent pas comment traiter avec les bureaucraties gouvernementales intimidantes ou comment avoir accès aux services communautaires locaux. Les intervenants devraient être prêts à défendre les

droits des clients et à leur enseigner les habiletés voulues pour le faire eux-mêmes lorsqu'ils cesseront de recevoir des soins.

Les intervenants devraient songer sérieusement à étendre le travail d'appui aux survivants pour dépasser le niveau de thérapie individuelle et s'engager à faire avancer la cause auprès du grand public. Il faut se rappeler que celui-ci voit premièrement le travail des intervenants. À moins que ceux-ci ne s'engagent à parler publiquement de ces questions affectant la vie des victimes d'agression sexuelle et des survivants, personne d'autre ne le fera. Les tribunes publiques, le développement communautaire pour coordonner les services, le lobbying pour établir de nouvelles ressources, la formation des pairs, l'ouverture auprès des écoles et des groupes communautaires, cultiver les bonnes relations avec les médias locaux, et le développement de ressources pour les survivants, les familles, les partenaires et autres personnes intéressées représentent d'autres façons de sensibiliser le public et de faire avancer la cause.

## **La normalisation de la violence**

Une des plus grandes entraves à laquelle nous nous heurtons dans notre lutte pour créer des collectivités sécuritaires est la normalisation et l'invisibilité de la violence, sexuelle ou autre, dans notre société. Nul besoin de chercher très loin pour constater l'exploitation de la sexualité féminine et masculine dans la pornographie violente, dans les annonces publicitaires, les films, la télévision, les livres et les magazines. La sexualisation de l'enfance et de l'adolescence dans les messages publicitaires est parfois si évidente qu'elle frôle la pornographie. La violence dans la musique rock, les vidéos et autres formes de sous-cultures des jeunes nous assure du fait que les jeunes «à risque» auront suffisamment de scénarios à suivre le jour où ils décideront de réagir violemment.

Au Canada, trop de femmes subissent encore des actes d'agression et de violence. De fait, la violence envers les femmes est tellement normale qu'elle est devenue une forme de divertissement. Le fait de représenter, sans raison, le sexe et la violence envers les femmes dans les films des adolescents, les jeux vidéos, et autres types de films provoque peu de réactions du grand public.

La publicité de toute part fait appel au concept de la femme objet. Les normes idéalisées de beauté et de féminité représentées dans ces images médiatiques ont conduit de nombreuses femmes et jeunes filles à endommager leur santé du fait de régime, de purge et de chirurgie cosmétique.

Le phénomène de la violence touche également les hommes. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, les hommes sont plus souvent victimes de la plupart des formes de violence physique (Statistique Canada, 1992). Dans les films, la plupart



des scènes où on se tire au fusil, où des personnages meurent dans des explosions, dans les combats ou par la torture mettent en cause des personnages masculins, parfois même des adolescents. Les jeunes gens qui essaient de se mesurer aux impossibles normes établies par certains athlètes et culturistes commencent à se tuer en utilisant des stéroïdes. La violence entre hommes de tout âge semble si normale dans notre société qu'il est courant d'entendre dire qu'on n'y peut rien et que, dans le fond, les garçons sont faits comme ça.

Le meilleur exemple de notre manque de sensibilité face aux victimes masculines peut se voir dans la façon de représenter les mauvais traitements à l'égard des hommes dans les médias populaires, particulièrement dans les comédies et les émissions de télévision et dans les bandes dessinées de journaux canadiens. Le viol des hommes en prison, les blessures infligées aux testicules, la violence sexuelle à l'égard des garçons infligée par des femmes sous le couvert d'initiation, et d'autres comportements facilement qualifiables d'agression sexuelle ou physique et d'agression lorsqu'on parle de jeunes filles ou de femmes, sont traitées avec humour si régulièrement qu'elle sont presque devenues la norme dans les comédies (Mathews, 1993a).

Il n'y a aucun remède miracle ou de solutions simples qui puissent enrayer la violence de notre société. La résolution de la problématique des agressions sexuelles nécessite un cadre de travail élargi; il faut aborder de plus grands changements sociaux et changer notre culture dans son ensemble. Une partie du travail doit se faire au niveau politique, d'autres interventions doivent se faire au niveau social et systémique, ou personnel. La tâche s'échelonne sur des périodes variables et exigera l'engagement de tous.

## **Un domaine en pleine évolution et encore divisé**

L'étude des agressions sexuelles contre les enfants n'en est qu'à ses premiers balbutiements. Nos connaissances continuent à évoluer et sont loin d'être complètes. La plupart des intervenants du milieu, des professionnels des traitements et des chercheurs ayant un intérêt professionnel dans le domaine savent trop bien combien d'efforts sont requis pour raffiner nos définitions, nos concepts et nos idées au sujet de l'évaluation des besoins des survivants et des soins à leur apporter.

Le public en général est plus conscient du problème des agressions sexuelles en raison de la couverture médiatique et de la dissémination d'études financées par le gouvernement fédéral sur cette question. Toutefois, en dépit de tous ces efforts et des programmes d'éducation du public, l'apathie généralisée et le refus de prendre cette problématique au sérieux perdurent.

Ce jeune domaine exige notre attention constante si l'on veut qu'il survive et qu'il se développe. Toutefois, récemment, il est devenu de plus en plus politisé et malheureusement, divisé selon des considérations féminines et masculines.

En compétition pour les ressources, le financement gouvernemental, la sympathie publique et l'attention des médias, des «camps» se sont formés. Il y a un camp de victimes féminines, un camp de victimes masculines et un camp d'agresseurs masculins. Nous verrons bientôt apparaître des camps d'agresseurs féminins, des camps d'enfants agresseurs sexuels, et même d'autres. Les mauvaises relations entre ces groupes ont nui au développement du domaine en général, à la coopération et à la création des consensus voulus pour élaborer une stratégie communautaire complète visant à enrayer la violence sexuelle en général. La compétition entre les différentes parties du domaine draine l'énergie qui pourrait être beaucoup mieux utilisée au service des clients. L'aspect le plus tragique est peut-être qu'en nous empressant de diminuer les besoins des autres ou les expériences des autres nous reproduisons le même type de comportement dysfonctionnel au niveau des relations et de la communication que celui qu'ont vécu de nombreux survivants et survivantes au sein de leur famille.

Les batailles entre les camps nous ont aveuglés quant au sexisme qui s'est faufilé dans la pratique professionnelle et dans les écrits. On peut observer ce fait dans les écrits au sujet de la violence à l'égard des enfants qui parlent de l'impact et de la domination en ce qui concerne les survivants. Bien des gens, incluant des professionnels du domaine, seraient surpris d'apprendre qu'il y a des milliers de livres et d'articles consacrés aux victimes masculines. En dépit des nombreux écrits des dernières années, dans le cadre des conférences sur la violence, la victimisation ou la violence sexuelle, on ne s'est guère penché sur les besoins des victimes masculines.

Le sexisme demeure une force puissante qui minimise les expériences des femmes. Nous avons encore à valider les peurs et les inquiétudes des femmes en ce qui a trait à l'agression sexuelle, le harcèlement sexuel, et l'agression des épouses. Les refuges pour les femmes battues et agressées continuent à lutter pour obtenir des fonds et d'autres ressources nécessaires pour assurer aux femmes et à leurs enfants les soins adéquats.

## **Voix en harmonie**

Ne soyons pas naïfs quant aux communications difficiles qui existent entre les deux camps. Ne croyons pas ce que les médias affirment quand ils parlent de guerre ouverte entre les sexes. Ce n'est pas vrai. Le temps est venu pour les hommes et les femmes de bonne volonté de trouver un passage l'un vers l'autre et de créer un

mouvement puissant de guérison avec une vision pour faire cesser la violence sous toutes ses formes et pour parler d'une voix commune.

Nous avons besoin de passer de la rhétorique à un discours plus global sur la violence et la victimisation; un discours qui reconnaît les inégalités, qui ne s'approprie pas la voix d'un survivant et qui essaie d'en arriver à un même discours, une compréhension commune au niveau des expériences. Nous avons besoin d'une nouvelle dynamique fondamentale pour modeler et donner un sens à nos relations sociales, un nouveau modèle de pouvoir qui nous rapprochera de l'équilibre entre les droits et les intérêts des individus et des collectivités, et un modèle qui saura promouvoir les relations égales, et un sens communautaire renouvelé. La tâche est loin d'être facile, mais elle est néanmoins fondamentale au travail que l'on doit faire pour traiter des agressions sexuelles et de toute autre forme de violence, et ce à la source.

## Annexe A

# Références

---

ALLERS, C. et K. BENJACK. Connections between childhood abuse and HIV infection. *Journal of Counseling and Development*, n° 70, 1991.

ALLERS, C., K. BENJACK, J. WHITE et J. ROUSEY. Vulnerability and the adult survivor of childhood sexual abuse. *Child abuse & neglect*, n° 17, 1993.

ALPERT, J. Introduction to special section on clinical intervention in childhood sexual abuse. *Professional Psychology: Research and Practice*, n° 21(5), 1990.

ARMSWORTH, M.W. Therapy of incest survivors: Abuse or support?. *Child Abuse & Neglect*, n° 13, 1989.

BADGLEY, R. *Infractions sexuelles à l'égard des enfants. Rapport du Comité sur les infractions sexuelles contre les enfants et les jeunes*. Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1984.

BAGLEY, C., et R. RAMSAY. Disrupted childhood and vulnerability to sexual assault: Long-term sequels with implications for counseling. *Social Work and Human Sexuality*, n° 4, 1986.

BAKER, A.W., et S.P.DUNCAN. Child sexual abuse: A study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse & Neglect*, n° 9(4), 1985.

BANNING, A. Mother-son incest: Confronting a prejudice. *Child Abuse & Neglect*. n° 13, 1989).

BASS, E., et L. Davis. *The Courage to Heal: A Guide For Women Survivors of Child Sexual Abuse*. New York, Harper & Row, 1988.

BRIERE, J., D. EVANS, M.RUNTZ, et T. WALL. Symptomatology in men who were molested as children: A comparison study. *American Journal of Orthopsychiatry*, n° 58(3), 1988.

BRIERE, J., et M. RUNTZ, The effects of childhood sexual abuse on later psychological functioning: Defining a post-sexual abuse trauma. dans G. WYATT et G. POWELL (Éds.) *Lasting Effects of Child Sexual Abuse*. Newbury Park, CA, Sage, 1988.

CLARK, L., et D. LEWIS. *Rape: The Price of Coercive Sexuality*, Toronto, The Women's Press, 1977.

CONDY, S., D.J. TEMPLER, R. BROWNET et L. VEACO. Parameters of sexual contact of boys with women. *Archives of Sexual Behaviour*, n° 16(5), 1987.

CONTE, J.R. et J.R. SCHUERMAN. Factors associated with an increased impact of child sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, n° 2(4), 1987.

CROWDER, A. *Quand la porte s'ouvre : Modèle de traitement des personnes de sexe masculin qui ont survécu à l'abus sexuel*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1994.

DALEY, B. *Windspeaker*, cité dans *National Family Violence & Abuse Study Evaluation*, Claudette DUMONT-SMITH et Pauline SIOUI LABELLE (Aboriginal Nurses of Canada), 1991.

DEJONG, A., G. EMMETT et A. HERVADA. Sexual abuse of children: Sex- race-, and age-dependent variations. *American Journal of Diseases of Children*, n° 136(2), 1982.

DEJONG, A., A. HERVADA et G. EMMETT. Epidemiological variations in childhood sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, n° 7(2), 1983.

DIAMOND, B. et J.PHELPS. *La création de choix : Rapport du groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale*, Ottawa, Service correctionnel Canada, 1990.

ELIZABETH FRY SOCIETY. *Women in Conflict With The Law*, 1992.

ELLERSTEIN, N., et J. CANAVAN. Sexual abuse of boys. *American Journal of Diseases of Children*, n° 134, 1980.

FARBER, E.D., J. SHOWERS, C.F. JOHNSON, J.A. JOSEPH et L. Oshins. The sexual abuse of children: A comparison of male and female victims. *Journal of Clinical Child Psychology*, n° 13(3), 1984.

FINKELHOR, D. *Child Sexual Abuse: New Theory & Research*, New York, Free Press, 1984.

FINKELHOR, D. *Sexually Victimized Children*, New York, Free Press, 1979.

FINKELHOR, D., G. HOTALING, I. LEWIS et C. SMITH. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse & Neglect*, n° 14(1), 1990.

FREEMAN-LONGO, J. The impact of sexual victimization on males. *Child Abuse & Neglect*, n° 10, 1986.

- FRIEDRICH, W. et W.J. Luecke. Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology*, n° 19(2), 1988.
- FROMUTH, M. The relationship of childhood sexual abuse with later psychological and sexual adjustment in a sample of college women. *Child Abuse & Neglect*, n° 10, 1986.
- GORDON, M. Males and females as victims of childhood sexual abuse: An examination of the gender effect. *Journal of Family Violence*, n° 5(4), 1990.
- GROTH, N. Sexual trauma in the life histories of rapists and child molesters. *Victimology: An International Journal*, n° 4, 1979.
- HARTER, S., P.C. ALEXANDER, et R.A. NEIMEYER. Long-term effects of incestuous child abuse in college women: Social adjustment, social cognition, and family characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 56, 1988.
- HODGSON, M. Shattering the silence: Working with violence in Native communities. dans T.A. LAIDLAW et C. MALMO (Éds.) *Healing Voices: Feminist Approaches to Therapy With Women*, San Francisco, Jossey-Bass, 1990.
- KAUFMAN, A., P. DIVASTO, R. JACKSON, D. VOORHEES et J. CHRISTY. Male Rape Victims: Non-institutional assault. *American Journal of Psychiatry*, n° 137(2). 1980.
- KNIGHT, C. Use of support groups with adult female survivors of child sexual abuse. *Social Work*, May, 1990.
- KRUG, R.S. Adult male reports of childhood sexual abuse by mothers: Case descriptions, motivations, and long-term consequences. *Child Abuse & Neglect*, n° 13(1), 1989.
- KRUGMAN, S. Trauma in the family: Perspectives on intergenerational transmission of violence. dans B. van der Kolk (Éd.), *Psychological Trauma*, Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1987.
- LAWSON, C. Mother-son sexual abuse: Rare or under-reported? A critique of the research. *Child Abuse & Neglect*, n° 17, 1993.
- LEPINE, D. Ending the cycle of violence: Overcoming guilt in incest survivors. dans T.A. LAIDLAW et C. MALMO (Éds.) *Healing Voices: Feminist Approaches to Therapy With Women*. San Francisco, Jossey-Bass, 1990.
- LIEM, J.H., J.G. TOOLE et J.B. JAMES. The need for power in women who were sexually abused as children. *Psychology of Women Quarterly*, n° 16, 1992.

MATHEWS, F. What's so funny about the abuse of boys and young men? *Journal of Emotional and Behavioural Problems*, n° 3(1), 1994.

MATHEWS, F. *Les bandes de jeunes vues par leurs membres*. Ottawa, Solliciteur général du Canada, 1993.

MATHEWS, F. *Are We Ready to Hear Male Victims of Violence?*. Toronto, Central Toronto Youth Services, 1993a.

MATHEWS, F. Current issues in the field of adolescent sex offender treatment. dans *Networks For Change*, the proceedings of a one-day workshop on sexually intrusive/offending children, adolescents, and youth - 24 octobre 1993, Toronto, Institute For the Prevention of Child Abuse, 1993b.

MATHEWS, F. *Administration Issues in the Management of Community-Based Outreach*. Communication présentée à la conférence internationale sur la jeunesse itinérante et son avenir, avril 1992, Montréal, Québec, 1992.

MATHEWS, F. *Familiar Strangers: A Study of Adolescent Prostitution*, Toronto, Central Toronto Youth Services, 1987.

MATHEWS, R. *Female Sexual Offenders: An Exploratory Study*, Syracuse, NY, Safer Society Press, 1989.

McEVOY, M. Repairing personal boundaries: Group therapy with survivors of sexual abuse. dans T.A. LAIDLAW et C. MALMO (Éds.) *Healing Voices: Feminist Approaches to Therapy With Women*. San Francisco, Jossey-Bass, 1990.

MENNEN, F.E. Treatment of women sexually abused in childhood: Guidelines for the beginning therapist. *Women and Therapy*, n° 12(4), 1992.

MRAZEK, D.A. et P.B. MRAZEK. Psychosexual development within the family. dans P. MRAZEK et C.H. KEMPE (Éds.) *Sexually Abused Children and Their Families*, Oxford, Pergamon, 1987.

NASJLETI, M. Suffering in silence: The male incest victim. *Child Welfare*, n° 59(5), 1980.

PETERS, S.D. Child sexual abuse and later psychological problems. dans G.E. WYATT et G.J. POWELL (Éds.), *Lasting Effects of Child Abuse*, Newbury Park, CA., Sage, 1988.

PETROVICH, M. et D. TEMPLER. Heterosexual molestation of children who later became rapists. *Psychological Reports*, n° 54, 1984.

PIERCE, R. et L.H. PIERCE. The sexually abused child: A comparison of male and female victims. *Child Abuse & Neglect*, 1985.

POPE, K. et J. BOUHOUTSOS. *Sexual Intimacy Between Therapists and Patients*, New York, Praeger, 1986.

PORTER, E. *Treating The Young Male Victim of Sexual Assault*, Syracuse, NY, Safer Society Press, 1986.

REINHART, M. Sexually abused boys. *Child Abuse & Neglect*, n° 11(2), 1987.

RENZETTI, C. *Violent Betrayal: Partner Abuse in Lesbian Relationships*, Newbury Park, CA, Sage, 1992.

RISIN, L. et M. KOSS. The sexual abuse of boys: Prevalence and descriptive characteristics of childhood victimizations. *Journal of Interpersonal Violence*, n° 2(3), 1987.

ROBERTS, L. et L. Gwat-Yong. A group therapy approach to the treatment of incest. *Social Work With Groups*, n° 12(3), 1989.

ROGERS, C. et T. Terry. Clinical intervention with boy victims of abuse, dans I. STUART et J. GREEN (Eds.) *Victims of Sexual Aggression*, New York, Van Nostrand, 1984.

ROTH, S. et E. Newman. The process of coping with incest for adult survivors: Measurement and implications for treatment research. *Journal of Interpersonal Violence*, n° 8(3), 1993.

RUSSELL, D. *Politics of Rape: The Victim's Perspective*, New York, Stein & Day, 1975.

RUSSELL, D. *Rape in Marriage*, New York, MacMillan, 1982.

RUSSELL, D. The prevalence and seriousness of incestuous abuse: Stepfathers vs. biological fathers. *Child Abuse & Neglect*, n° 8, 1984.

SAXE, B. *De victime à survivante : Un modèle de traitement de groupe pour femmes ayant survécu à l'inceste*, Ottawa, Santé Canada, 1993.

SCHUR, E.M. *Labeling Women Deviant: Gender, Stigma, and Social Control*, New York, Random House, 1984.

SHOWERS, J., E. FARBER, J. JOSEPH, L. OSHINS et C. JOHNSON. The sexual victimization of boys: A three year survey. *Health Values: Achieving High Level Wellness*, n° 7(4), 1983.



SOLLICITEUR GÉNÉRAL DU CANADA. *Sondage canadien sur la victimisation en milieu urbain : les femmes victimes d'actes criminels*, Ottawa, 1985.

SPATZ-WIDOM, C. Child abuse, neglect, and adult behaviour: Research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, n° 59(3), 1989.

SPENCER, M. et P. DUNKLEE. Sexual abuse of boys. *Pediatrics*, n° 78(1), 1986.

STEIN, J., J. GOLDING, J. SIEGEL, M. BURNHAM et S. SORENSON. Long-term psychological sequelae of child sexual abuse: The Los Angeles Epidemiologic Catchment Area Study. dans G. WYATT et G. POWELL (Éds.) *Lasting Effects of Child Sexual Abuse*, Newbury Park, CA., Sage, 1988.

STERMAC, L. et F. MATHEWS. *Adolescent Sex Offenders: Towards a Profile*, Toronto, Central Toronto Youth Services, 1989.

TOMLIN, S. Stigma and incest survivors. *Child Abuse & Neglect*, n° 15, 1991.

TONG, L., K. OATES et M. MCDOWELL. Personality development following sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, n° 11(3), 1987.

VANDER MEY, B.J. The sexual victimization of male children: A review of previous research. *Child Abuse & Neglect*, n° 12, 1988.

WELLS, M. *La loi canadienne sur l'agression sexuelle*. Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1990.

WYATT, G., D. GUTHRIE et C. NOTGRASS. Differential effects of women's child sexual abuse and subsequent revictimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 60(2), 1992.

WYATT, G. et M. MICKEY. The support by parents and others as it mediates the effects of child sexual abuse: An exploratory study. dans G. WYATT et G. POWELL (Éds.), *Lasting Effects of Child Sexual Abuse*, Newbury Park, CA., Sage, 1988.

YALOM, I.D. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, New York, Basic Books, 1985.

ZIMRIN, H. A profile of survival. *Child Abuse & Neglect*, n° 10, 1986.

## Ressources en français - bibliographie choisie

ALEXANDRE, H. (1989). *Intervention de groupe auprès de pères incestueux*. Centre de Services Sociaux de Montréal métropolitain. B.S.S. Laval., document non-publié.

BEAULIEU, N. (1983). L'inceste : le triangle du silence. *Justice* 5(8).

BOUCHARD, C. (1993). *Évaluation sommative du programme de traitement des enfants abusés sexuellement du centre des services sociaux Laurentides-Lanaudière*. Université du Québec à Montréal.

DAMANT, D. (1987). L'intervention auprès des femmes adultes abusées sexuellement pendant l'enfance. *Intervention*, 95.

DAVID, G. (1987). Nécessité et efficacité d'une approche intégrée dans le traitement de l'inceste. *Service social*, 36(2 & 3).

FORTIN, G. (1984). L'inceste : Trouver un lieu de parole. *Santé mentale au Québec*, 9(2).

GIARD, M. (1986). Bilan d'une expérience de groupe auprès des femmes adultes victimes d'abus sexuel dans leur enfance. *Intervention*, 75.

HAMEL, H. (1989). Survivre à l'inceste. *Collective Par et Pour Elle*. Bibliothèque nationale du Québec.

JACOB, M. (1993). Étude descriptive et comparative d'une population d'adolescents agresseurs sexuels. *Criminologie*, 26(1).

LAJOIE, G. (1992). Entre le viol et l'oubliette. *Santé mentale au Québec*, 17(2).

LEBEAU, T. (1984). *Rapport sur le programme de traitement des enfants abusés sexuellement*, C.S.S.S.L.L., Repentigny, document non publié.

MAROIS, M. (1982). L'inceste : une histoire à trois et plus... Gouvernement du Québec, Ministère de la Justice, *Études et Recherches*, 3.

MATTEAU, A. (1989). Le processus de guérison chez les victimes d'agression sexuelle. *Le Clinicien*, avril.

POUDRETTE, E. (1993). *Guide d'intervention pour le groupe d'entraide pour les survivantes d'inceste*. Centre des femmes de Montréal, document non publié.

SAUCIER, J.F. (1985). Prévention de l'inceste : enfin des moyens. *Santé mentale au Québec*, 10(1).



## **Annexe B**

# **Ressources pour survivants adultes**

---

### **Ressources à l'intention des femmes**

---

*The Courage to Heal: A Guide For Women Survivors of Child Sexual Abuse*  
Bass, E. et L. Davis, New York, Harper & Row, 1988.

*I Never Told Anyone: Writings By Women Survivors of Child Sexual Abuse*  
Bass, E. et L. Thornton, New York, Harper & Row, 1983.

*Don't: A Woman's Word*  
Danica, E., Charlottetown, Î-P-É, Gynergy Books, 1988.

*When You're Ready: A Woman's Healing From Physical and Sexual Abuse by Her Mother*  
Evert, K., Walnut Creek, CA, 1987.

*Woman, Why Do You Weep? Spirituality For Survivors of Childhood Sexual Abuse*  
Flaherty, S., New York, Paulist Press, 1992.

*Healing Voices: Feminist Approaches to Therapy With Women*  
Laidlaw, T. et C. Malmö, San Francisco, Jossey-Bass, 1990.

*De victime à survivante : Un modèle de traitement de groupe pour femmes ayant survécu à l'inceste*, Saxe, B., Ottawa  
Santé Canada - Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1993.

### **Ressources à l'intention des hommes**

---

*Males at Risk: The Other Side of Child Sexual Abuse*  
Bolton, F., London, Angl., Sage, 1989.

*Quand la porte s'ouvre : Modèle de traitement de personnes de sexe masculin qui ont survécu à l'abus sexuel*  
Crowder, A., Ottawa, Santé Canada - Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1993.

***Abused Boys: The Neglected Victims of Sexual Abuse***

Hunter, M., Lexington, Mass., Lexington Books, 1990.

***Victims No Longer***

Lew, M., New York, Harper & Collins, 1990.

***Male Victims of Abuse: An Annotated Bibliography***

Mathews, F. et A. Lefresne, Toronto, Central Toronto Youth Services, 1994.

***Suffer Little Children***

O'Brien, D., St. John's, T.-N., Breakwater, 1991.

***Men Surviving Incest***

Thomas, T., Walnut Creek, CA, Launch Press, 1989.

**Ressources à l'intention des hommes et des femmes**

***Adult Survivors of Child Sexual Abuse: A Fact Sheet***

Kathryn Ann Hill, Ottawa,

Santé Canada - Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1993.

***Adults Molested As Children: A Survivor's Manual For Men & Women***

Bear, E. et P. Dimmock, Orwell, VT, Safer Society Press, 1988.

***Therapy For Adults Molested as Children***

Breire, J., New York, Springer, 1989.

***Adult Survivors of Sexual Abuse: Treatment Innovations***

Hunter, M., Newbury Park, CA, Sage, 1995.

***Reclaim Yourself: A Manual For Survivors of Sexual Victimization***

Davidson, B., Kamloops, C.B., McDade Resources, 1992.

***Hope in Healing***

Edwards, T. et D. Mary, Toronto, Source Re Source, 1994.

***Adult Children of Abusive Parents***

Farmer, S., Los Angeles, Lowell House, 1989.

***For Your Own Good: Hidden Cruelty in Child-Rearing and the Roots of Violence***

Miller, A., New York, Farrar, Strauss, & Giroux, 1983.

***Harm's Way: The Many Faces of Violence and Abuse Against Persons With Disabilities***

Roeher Institute, North York, ON, Roeher Institute

***Ritual Abuse***

Smith, M., San Francisco, Harper, 1993.

**Ressources à l'intention des Autochtones**

***The Spirit Weeps***

Martens, T., B. Dailey et M. Hodgson, Edmonton, AB, Nechi Institute, 1988.

**Ressources à l'intention des groupes ethniques**

***Breaking The Silences: Considering Culture in Child Sexual Abuse***

Aronson-Fontes, L., Newbury Park, CA, Sage, 1995.

**Ressources portant sur la sexualité**

***The Sexual Healing Journey: A Guide For Survivors of Sexual Abuse***

Maltz, W., New York, Harper & Collins, 1991.

***Women's Sexuality After Childhood Incest***

Westerlund, E., New York, Norton, 1992.

**Ressources à l'intention des partenaires**

***Allies in Healing: When the Person You Love Was Sexually Abused As a Child***

Davis, L., New York, Harper & Collins, 1991.

*Ghosts in the Bedroom: A Guide For Partners of Incest Survivors*  
Graber, K., Deerfield Beach, FL, Health Communications.

## **Ressources portant sur la toxicomanie**

---

*Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction*  
Carnes, P., Minneapolis, CompCare, 1990.

*A Male Grief: Notes on Pornography and Addiction*  
Mura, D., Minneapolis, Milkweed Editions, 1987.

*Adult Children of Alcoholics*  
Woititz, J., Deerfield Beach, FL., Health Communications, 1983

*Anorexia, Bulimia, and Compulsive Overeating: A Practical Guide for Counsellors and Families*  
Zraly, K. et D. Swift, New York, Continuum, 1990.

## **Ressources portant sur les agresseurs**

---

*Rompre le silence, faire naître l'espoir : une aide aux adultes qui abusent sexuellement des enfants*, Mathews, F., Ottawa  
Santé Canada - Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1995.

*Décider de réagir : les adolescents et les agressions sexuelles*  
Mathews, F., Ottawa, Santé Canada - Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1993.

*Female Sexual Offenders: An Exploratory Study*  
Mathews, R., J. Matthews et K. Spelt, Orwell, VT, Safer Society Press, 1989.

*Violent Betrayal: Partner Abuse in Lesbian Relationships*  
Renzetti, C., Newbury Park, CA, Sage, 1992.

*Learning to Live Without Violence: A Handbook For Men*  
Sonkin, D. et M. Durphy, San Francisco, Volcano Press, 1985.

## **Annexe C**

# **Survivantes - bibliographie choisie**

---

Armsworth, M. A qualitative analysis of adult incest survivors' responses to sexual involvement with therapists. *Child Abuse and Neglect*, n° 14, 1990.

Armsworth, M. Therapy of incest survivors: Abuse or support? *Child Abuse and Neglect*, n° 13, 1989.

Bayer, T., et R. Connors. The emergence of child sexual abuse from the shadow of sexism. *Response to the Victimization of Women and Children*, n° 11(4).

Berliner, L. Commentary: Sexual abuse effects or not? *Journal of Interpersonal Violence*, n° 8(3), 1993.

Clark, K. Season of light/season of darkness: The effects of burying and remembering traumatic sexual abuse on the sense of self. *Clinical Social Work Journal*, n° 21(1), 1993.

Dominelli, L. Betrayal of trust: A feminist analysis of power relationships in incest abuse and its relevance for social work practice. *British Journal of Social Work*, n° 19, 1989.

Edwards, J., et P. Alexander. The contribution of family background in the long-term adjustment of women sexually abused as children. *Journal of Interpersonal Violence*, n° 7(3), 1992.

Follette, V., W. Follette, et P. Alexander. Individual predictors of outcome in group treatment for incest survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 59(1), 1991.

Hodgson, M. Shattering the silence: Working with violence in native communities. *Healing Voices: Feminist Approaches to Therapy With Women*, San Francisco, Jossey-Bass, 1990.

Horney, P. The role of incest in developmental theory and treatment of women diagnosed with borderline personality disorder. *Women and Therapy*, n° 12(1), 1992.

Knight, C. Use of support groups with adult female survivors of child sexual abuse. *Social Work*, 1990.

Liem, J. (1992). The need for power in women who were sexually abused as children: An exploratory study. *Psychology of Women Quarterly*, 16(4), 1992.



- Mennen, F. Treatment of women sexually abused in childhood: Guidelines for the beginning therapist. *Women and Therapy*, n° 12(4), 1992.
- Miller, D., K. McCluskey-Fawcett, et L. Irving. The relationship between childhood sexual abuse and subsequent onset of bulimia nervosa. *Child Abuse and Neglect*, n° 17, 1993.
- Roberts, L., et G.Y. Lie. A group therapy approach to the treatment of incest. *Social Work With Groups*, n° 12(3), 1989.
- Roth, S., et E. Newman. The Process of coping with incest for adult survivors: Measurement and implications for treatment research. *Journal of Interpersonal Violence*, n° 8(3), 1993.
- Swink, K. et A. Leveillé. From victim to survivor: A new look at the Issues and recovery process for adult incest survivors. *Women and Therapy*, n° 5(2), 1986.
- Williams, H., H. Wagner, et R. Calam. Eating attitudes in survivors of unwanted sexual experiences. *British Journal of Clinical Psychology*, n° 31, 1992.
- Wyatt, G. The aftermath of child sexual abuse of African-American and white-American women: The victim's experience. *Journal of Family violence*, n° 5(1), 1990.
- Wyatt, G., D. Guthrie, et C. Notgrass. Differential effects of women's child sexual abuse and subsequent sexual revictimization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 60(2), 1992.

## **Annexe D**

### **Survivants - bibliographie choisie**

---

Baker, A., et S. Duncan. Child sexual abuse: A study of prevalence in Great Britain. *Child Abuse & Neglect*, n° 9(4), 1985.

Bruckner, D., et P. Johnson. Treatment for adult male victims of childhood sexual abuse. *Social Casework*, 68(2), 1987.

Condy, S., D.I. Templer, R. Brown, et L. Veaco. Parameters of sexual contact of boys with women. *Archives of Sexual Behavior*, n° 16(5), 1987.

Cotton, D., et N. Groth. Inmate rape: Prevention and intervention. *Journal of Prison & Jail Health*, n° 2(1), 1982.

Deisher, R., V. Eisner, et S.I. Sulzbacher. The young male prostitute. *Pediatrics*, 43(6), 1969, p. 936-941.

Finch, S. Sexual abuse by mothers. *Medical Aspects of Human Sexuality*, 7(1), 1973, p. 191.

Forman, B.D. Reported male rape. *Victimology: An International Journal*, 7(1-4), 1982.

Freeman-Longo, R. The impact of sexual victimization on males. *Child Abuse & Neglect*, 10, 1986.

Friedrich, W., R. Beilke et A. Urquiza. Behavior problems in young sexually abused boys. *Journal of Interpersonal Violence*, n° 3(1), 1988.

Groth, N. Sexual trauma in the life histories of rapists and child molesters. *Victimology: An International Journal*, n° 4(1), 1979.

Groth, N., et A. Burgess. Male rape: Offenders and victims. *American Journal of Psychiatry*, n° 137(7), 1980.

Howard, J. Societal influences on attribution: Blaming some victims more than others. *Journal of Personality and Social Psychology*, n° 47(3), 1984.

Johnson, R., et D. Shrier. Past sexual victimization by females of male patients in an adolescent medicine clinic population. *American Journal of Psychiatry*, n° 144(5), 1987.

Kaufman, A., P. Divasto, R. Jackson, D. Voorhees, et J. Christy. Male rape victims: Non-institutional assault. *American Journal of Psychiatry*, n° 137(2), 1980.

Mathews, F. *Are we really ready to hear male victims of violence?* Toronto, ON: Central Toronto Youth Services, 1993.

Mathews, F. What's so funny about the abuse of boys and young men? *Journal of Emotional and Behavioural Problems*, n° (3)1, 1994.

Metcalfe, M. Oppenheimer, R. Dignon et R. Palmer. Childhood sexual experiences reported by male psychiatric patients. *Psychological Medicine*, n° 20, 1990.

Morgan, P. et E. Gaier. The direction of aggression in the mother-child punishment situation. *Child Development*, n° 27(4), 1956.

Petrovich, M., et D. Templer. Heterosexual molestation of children who later become rapists. *Psychological Reports*, n° 54(3), 1984.

Risin, L., et M. Koss. The sexual abuse of boys: Prevalence and descriptive characteristics of childhood victimizations. *Journal of Interpersonal Violence*, n° 2(3), 1987.

Showers, J., E. Farber, J. Joseph, L. Oshins, et C. Johnson. The sexual victimization of boys: A three-year survey. *Health Values: Achieving High Level Wellness*, n° 7(4), 1983.

Sroufe, L., et M. Ward. Seductive behavior of mothers on toddlers: Occurrence, correlates, and family origins. *Child Development*, n° 51, 1980.

Steinmetz, S. The battered husband syndrome. *Victimology: An International Journal*, n° 2(3/4), 1977.

Vander Mey, B. The sexual victimization of male children: A review of previous research. *Child Abuse & Neglect*, n° 12(1), 1988.

Wahl, W. The psychodynamics of consummated maternal incest. *Archives of General Psychiatry*, n° 3, 1960.

Woods, S. et K. Dean. *Final Report: Sexual Abuse of Males Research Project*, NCCA Report No. 90-CA-812. Washington, DC, National Centre on Child Abuse and Neglect, 1984.

## **Annexe E**

# **Association canadienne des familles d'accueil - résumé du sondage des survivants adultes d'agression sexuelle**

---

*L'association canadienne des familles d'accueil a mené un sondage auprès de près de 2,800 organismes de services sociaux à l'échelle du Canada. Les réponses de ce sondage furent utilisées pour compiler un répertoire national des services à l'intention des survivants adultes d'agression sexuelle. Suit un bref résumé des résultats du sondage.*

---

Au total, 535 sondages furent remplis et retournés à l'ACFA. De ce nombre, 357 organismes ont indiqué qu'ils offraient un soutien et un service d'aide aux survivants adultes; 335 ont accepté d'être inscrits au répertoire national. Parmi les 357 organismes, 223 offrant des services aux survivants adultes ont rapporté qu'ils offraient aussi des services conçus pour les enfants.

**PÉRIODE DE PRESTATION DE SERVICE.** Près de 35 % offrent des services depuis 1 à 5 ans, 24 % depuis 6 à 10 ans, et 36 % depuis plus de 10 ans. Un peu moins de 5 % offre des services depuis moins d'un an.

**SEXE DES CLIENTS.** Même si les 335 organismes offrent des services aux survivantes, seulement 232 offrent de l'aide ou du soutien aux survivants. Le Québec, l'Ontario et la Colombie Britannique ont les niveaux de services les plus bas pour les services offerts aux hommes comparativement aux femmes. Les Territoires du Nord-Ouest et le Nouveau-Brunswick sont les seules régions du pays où les services offerts semblent répartis dans la même proportion aux hommes et aux femmes.

Toutefois, même si les services sont offerts aux hommes et aux femmes partout à travers le pays, les chiffres prêtent à confusion. Les résultats du sondage révèlent que peu de services sont appelés spécifiquement des programmes pour les survivants et encore moins de services ont un personnel spécialement formé pour répondre aux besoins des survivants. La plupart des programmes sont conçus pour les survivantes et essaient tout simplement d'accommoder les hommes qui demandent leurs services.

**SERVICES.** Les organismes offrent une gamme variée de services aux survivants adultes. Le tableau suivant indique le pourcentage selon les organismes offrant des types précis de services de soutien.

85 %	Counseling individuel	67 %	Counseling de groupe
59 %	Intervention de crise	25 %	Entraide
53 %	Consultation à court terme	33 %	Consultation à long terme

51 %	Aide à la famille	11 %	Traitement en résidence
36 %	Services de suivi	10 %	Garderie
61 %	Références	55 %	Défense des droits
58 %	Formation professionnelle	42 %	Information juridique
81 %	Réseau inter-organisme	50 %	Défense (client)
70 %	Éducation publique	42 %	Préparation au procès
62 %	Développement réseaux et ressources		

**AUTRES SERVICES D'AIDE.** Certains organismes offrent aussi des services de soutien aux personnes autres que les thérapeutes qui se spécialisent dans le soin des survivants.

63 %	Partenaires des survivants	63 %	Famille
41 %	Amis des survivants		

**TYPES DE CLIENTÈLE DESSERVIE.** Les organismes rapportent aussi qu'ils travaillent auprès de groupes variés, comme l'indique la liste suivante :

71 %	Minorités visibles	69 %	Ancien jeunes en soins
67 %	Ancien résidant d'institution	72 %	Gais, lesbiennes
63 %	Personnes handicapées physiques		
71 %	Personnes handicapées mentales		
75 %	Premières Nations, Métis		
80 %	Personnes peu scolarisées		

**LISTE D'ATTENTE.** Près de 59 % des organismes ayant répondu ont une liste d'attente pour leurs services. De ce groupe, seulement la moitié pouvait offrir des services à ceux qui étaient sur la liste.

**TYPE D'ORGANISMES.** La plupart des organismes offrant des services aux survivants adultes sont des organismes communautaires financés par le gouvernement.

67 %	Organisme communautaire à but non lucratif	3 %	Service d'entraide
2 %	Organisme religieux	10 %	Pratique privée
1 %	Organisme ethnique	15 %	Gouvernement
2 %	Autres		

**FRAIS.** La plupart des organismes à l'échelle du pays peuvent offrir des services gratuits pour leurs clients. D'autres organismes ajustent les frais selon la capacité de payer du client. Certains organismes demandent que celui-ci fasse un don.

72 %	Gratuit	19 %	Frais pour les services
17 %	Frais ajustés	6 %	Autres
5 %	Don		

**SOURCES DE FINANCEMENT.** Les organismes disposaient parfois d'une seule source de financement tandis que d'autres avaient plusieurs sources.

28 %	Gouvernement fédéral	77 %	Gouvernement provincial
20 %	Gouvernement municipal	26 %	Centraide
40 %	Dons	27 %	Frais des clients
9 %	Assurance maladie	36 %	Levées de fonds
3 %	Autres		

**ÉVALUATION.** Seulement 45 % des organismes ont été évalués de façon systématique.

**PARTICIPATION DES USAGERS À L'ORGANISME.** Après de 61 % des organismes, les usagers participaient à différentes fonctions; 69 % à titre de bénévoles, 39 % à titre de employés rémunérés et 53 % comme membres du conseil d'administration.

**LACUNES DANS LES SERVICES AUX SURVIVANTES ADULTES.** Les réponses au sondage indiquent un besoin d'accroître les services. Les domaines précis visés : listes d'attente plus courtes; plus de programmes de groupe; plus de counseling individuel; garde d'enfants pour que les survivants puissent aller à leurs séances de counseling; meilleur publicité pour les programmes et les ressources; programmes plus accessibles; ressources de traitement à long terme; plus de groupes d'entraide; plus de groupes d'intervention en situation de crise; plus de services pour ceux qui souffrent de syndrome de personnalités multiples; plus de ressources pour le traitement de l'abus rituel; plus de personnel mieux formé; plus de programmes gratuits ou à prix abordables; plus de programmes de traitement résidentiels et plus de refuges; plus de programmes pour les agresseurs féminins; plus de programmes pour les survivantes lesbiennes; et plus de types de services à l'intention des groupes ethniques.

Certaines personnes ont pointé du doigt des lacunes systémiques comme : le besoin d'avoir plus de policières et davantage de femmes médecins; une meilleure coordination et intégration des services; plus de financement disponible pour les fonds de compensation criminelle; plus d'appui et de défense de la part de la profession juridique; plus de réseautage entre les organismes et les systèmes; une meilleure formation pour les professionnels du système de justice pénale pour aider à éviter de traumatiser à nouveau les survivants lors du processus judiciaire; et des modèles de programmes multi-services.

D'autres lacunes mentionnées souvent font état du besoin d'avoir plus de soutien ou de services pour les autres. Par exemple : le besoin d'éducation du public; l'appui pour les partenaires, les membres non impliqués dans la violence familiale et les enfants; et le counseling en relations.

**LACUNES DANS LES SERVICES AUX SURVIVANTS ADULTES.** Les répondants ont indiqué un besoin généralisé de créer plus de programmes et des services à l'intention des survivants. Ils ont mentionné spécifiquement : le besoin de formation pour les dispensateurs de traitement au sujet des questions liées aux survivants; les services d'intervention en situation de crise; l'intervention précoce; le counseling à long terme; les programmes

spécifiquement axé sur la condition masculine; des listes d'attente plus courtes; le besoin d'auto-référence; des refuges pour les hommes victimes d'agression sexuelle; plus de traitements de groupe; des services dans les régions rurales; des services gratuits, plus abordables et plus accessibles; des services pour les minorités sexuelles; une meilleure publicité pour les programmes actuels; le manque de services pour les jeunes hommes; le counseling en toxicomanie; les habiletés à développer pour gérer la colère; les services aux survivants agresseurs; des programmes appuyant la transition des adolescents survivants aux programmes adultes; les programmes d'ouverture pour les hommes; les services pour les personnes handicapées; et le soutien des partenaires des survivants.

D'autres lacunes au niveau de l'aide ou des services offerts aux hommes : le besoin d'accroître la conscience publique de la violence sexuelle à l'égard des hommes; une meilleure coordination et intégration des services pour les survivants; des services pour les hommes agressés en prison ou dans d'autres établissements; plus de conseillers masculins; plus de services communautaires de santé mentale pour les hommes; et des services pour les contrevenants qui ne sont pas dans le système judiciaire.

***POINTS IMPORTANTS À CONSIDÉRER RELATIFS À L'ÉLABORATION DES SERVICES POUR LES SURVIVANTES ADULTES.*** Les répondants au sondage sont d'avis qu'il y a un nombre de questions que l'on devrait toucher lorsqu'on élabore des services pour les survivantes. Elles ont rapporté qu'à la différence des hommes, les femmes sont : plus susceptibles à vivre de la prostitution; plus susceptibles à diriger une famille monoparentale ou d'avoir la responsabilité d'un ménage; plus susceptibles de souffrir de dépression et de faible estime de soi; plus susceptibles de subir des agressions dans une relation; plus susceptibles de redevenir victimes; qu'elles ont plus de difficulté à rester en contact ou à exprimer leur colère; sont plus prêtes à s'engager dans une démarche de guérison à long terme; ont plus tendance à se mutiler elles-mêmes; s'inquiètent moins des questions d'orientation sexuelle et sont plus souvent en crise lorsqu'elles arrivent pour se faire traiter.

***POINTS IMPORTANTS À CONSIDÉRER RELATIFS À L'ÉLABORATIONS DES SERVICES POUR LES SURVIVANTS ADULTES.*** Les répondants au sondage ont indiqué que les services aux survivants adultes d'agression sexuelle ne sont pas toujours disponibles. Ils attribuent cette situation à un certain nombre de facteurs : la difficulté qu'ont les hommes à reconnaître l'agression sexuelle ou à la divulguer; le manque de formation des intervenants en matière de victimisation masculine; la croyance populaire que la violence sexuelle à l'égard des hommes ne mérite pas qu'on y accorde une attention spéciale; un ressac contre le mouvement des victimes masculines; et le peu de connaissances ou de compréhension du public envers les survivants masculins en général. Les répondants croient qu'il y a au sein de la société un désir d'aider les femmes parce qu'elles sont plus facilement acceptées comme «victimes».

Les survivants aussi manquent de défenseurs pour élaborer le travail qui débouchera sur les programmes et les services nécessaires. Certains ministères provinciaux limitent les organismes à la prestation de services aux survivantes seulement. Les hommes sentent souvent que le système juridique appuie moins les hommes qui désirent tenter un procès à leur agresseur.

Certains répondants indiquent que les survivants : sentent trop de colère et de honte pour entrer en thérapie; font l'expérience de stigmates, à savoir «ne pas être assez homme» pour se protéger; reçoivent peu de validation sociale face à leur état de «victime»; ont plus tendance à se maltraiter eux-mêmes ou à adopter des comportements anti-sociaux comme réaction à leur victimisation que les femmes; et ils sont plus susceptibles à nier qu'ils ont subi l'agression sexuelle craignant de devenir agresseurs à leur tour.

D'autres croient que : les hommes ont tendance à ne pas obtenir les services voulus jusqu'à ce qu'ils soient traités pour des comportements agressifs; des survivants remettent en question leur orientation sexuelle et leur sexualité, surtout s'ils ont été agressés par un homme; les hommes se cachent fréquemment dans des groupes pour alcooliques ou toxicomanes; ne reconnaissent pas leur agression comme telle, surtout si elle met en cause des femmes plus âgées ou des adolescentes. Certains croient que les hommes ont plus de difficulté à s'intégrer et à rester dans un traitement de groupe parce que socialement ils doivent faire face à leur douleur seuls.

***POINTS À CONSIDÉRER RELATIFS À L'ÉLABORATION DES SERVICES POUR TOUS LES SURVIVANTS D'AGRESSION SEXUELLE À L'ÉGARD DES ENFANTS.*** Les répondants ont indiqué en grand nombre que les services d'aide devraient être conçus pour répondre aux besoins réels des survivants et pour permettre aux clients de décider du ton et du rythme de leur cheminement. Les répondants étaient d'avis que les services devraient offrir : choix, prise en charge des clients; répondre aux plus hautes normes de déontologie; être égaux; sans jugement, empathiques et s'appuyant sur le respect des clients; l'accent devrait porter sur les forces des clients; être sensibles aux questions de pouvoir dans la relation thérapeutique; être ouverts; encourager l'entraide; aider les clients à répondre à leurs besoins juridiques, d'emploi, de logement; impliquer les partenaires et les membres de la famille du survivant; offrir une composante psycho-éducative sur les effets de la violence sexuelle; offrir une évaluation complète des besoins des clients; être sensibles aux besoins des deux sexes; et assurer une confidentialité totale.

Certains répondants ont mis l'accent dans leurs réponses sur la structure des programmes et ils étaient d'avis que les services devraient offrir : des heures souples; un milieu sécuritaire et confortable; la défense des clients et des questions d'agression sexuelle; être accessibles par transport public; avoir le personnel formé voulu pour répondre aux besoins de la collectivité; assurer des soins d'entraide au personnel; recevoir un financement stable; offrir les services les plus discrets possibles; tenir compte des besoins sur les plans linguistique et ethnique; et offrir des services divers et reliés aux autres services dans la collectivité.