



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

James K. Hill, Ph.D.

(deuxième édition)



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

James K. Hill, Ph.D.

Avant-propos

Les personnes œuvrant auprès des victimes d'actes criminels rencontrent des difficultés parfois énormes. Elles affichent souvent pour ces dernières un intérêt qui dépasse le cadre normal de la recherche. L'appréciation de ce que la victime d'un acte criminel vit intérieurement passe nécessairement par la compréhension des changements psychologiques qui se produisent chez elle. Sa capacité à affronter les séquelles du crime, le traumatisme causé par l'acte criminel et les décisions qu'elle devra prendre sont des facteurs importants de tous les contacts personnels, même les plus élémentaires. Le présent guide s'appuie sur un travail de recherche publié en 2003 par le ministère de la Justice du Canada et intitulé Réaction des victimes au traumatisme et conséquences sur les interventions : Étude et synthèse de la documentation (Hill [2003]). Dans cette étude, nous examinons les changements cognitifs qui se produisent chez la victime d'un acte criminel et comment les caractéristiques de cette dernière, les changements cognitifs qu'elle vit et sa capacité d'adaptation influencent la compréhension et les interventions cliniques. Pour tenir compte des dernières réflexions dans ce domaine, nous nous étions expressément intéressé aux travaux de recherche relativement récents.

Le présent guide concerne l'application des résultats de ces recherches au travail quotidien des personnes qui viennent en aide, d'une manière ou d'une autre, aux victimes d'actes criminels. Il est utile pour plusieurs raisons d'avoir à portée de main les résultats des plus récents travaux de recherche. Premièrement, la recherche peut justifier les interventions et confirmer leur pertinence. Deuxièmement, elle offre aux intervenants de première ligne de nouvelles méthodes de travail et de nouvelles idées pour être plus performants et améliorer les services aux clients. Troisièmement, nous avons bon espoir que ce guide sera une source d'inspiration qui aidera les cliniciens, les intervenants paraprofessionnels, les bénévoles et le personnel administratif à accroître leur efficacité. Enfin, tous ces gens pourront se servir du document pour parfaire leurs propres connaissances et éclairer les personnes touchées, les amis et la famille de ces dernières ainsi que les autres services de soutien, au sujet des problèmes complexes d'ordre psychologique qu'éprouvent les victimes d'actes criminels.

Les interprétations faites dans le présent document appartiennent exclusivement à l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles du ministère de la Justice du Canada ou de ses employés.

Avant-propos de la deuxième édition

Dans l'avant-propos du guide original, nous évoquions les difficultés que rencontrent les personnes œuvrant auprès des victimes d'actes criminels. Cette deuxième édition s'inspire essentiellement de la structure et de l'approche du premier document, mais elle renferme des renseignements nouveaux, des études récentes et les dernières évolutions dans le domaine. L'objectif consistait à maintenir la structure générale, la longueur et l'esprit du guide original tout en proposant de nouveaux outils dont que les intervenants pourraient mettre à profit. Le produit aidera à comprendre comment faire pour mieux s'allier aux victimes d'actes criminels afin de leur apporter l'assistance qu'il leur faut pour remonter la pente.

Il est fondamental de se tenir au fait des évolutions pour pouvoir créer un modèle professionnel de prestation de services. La consultation, la surveillance, les ateliers de travail et l'auto-observation nous en offrent les moyens. Nous avons délibérément proposé plus de documents de référence sur les principaux sujets afin d'orienter le lecteur vers d'autres ouvrages traitant d'un domaine particulier. Nous recommandons fortement aux intervenants de se servir du présent guide comme point de départ pour approfondir leurs connaissances.

Les interprétations faites dans le présent document appartiennent exclusivement à l'auteur et ne représentent pas nécessairement celles du ministère de la Justice du Canada ou de ses employés.

Remerciements

L'auteur tient à remercier la D^{re} Karen Mock et Steve Sullivan, qui ont bien voulu lire les chapitres portant sur les sujets spéciaux, ainsi que la D^{re} Lara Robinson et les membres du personnel du ministère de la Justice du Canada, qui ont formulé de précieux commentaires sur les versions préliminaires du guide.

Table des matières

Avant-propos	i
Avant-propos de la deuxième édition	ii
Remerciements	iii
 Introduction	 3
 Première partie : Traitement des victimes d'actes criminels	
1.0 L'importance de l'autothérapie	7
1.1 Pourquoi l'autothérapie est-elle si importante?	7
1.2 Activités autothérapeutiques	9
1.3 Autres lectures sur l'autothérapie	15
1.4 Notions de base	17
 2.0 Un modèle de victimisation et de rétablissement	 19
2.1 Notions de base	24
 3.0 Réactions courantes chez les victimes d'un crime	 27
3.1 Gravité de la réaction	30
3.2 Victimisation antérieure	35
3.3 Diagnostics courants chez les victimes d'actes criminels ..	37
3.4 Quand adresser un client à un spécialiste de la santé mentale?	43
3.5 Notions de base	45
 4.0 Les stratégies d'adaptation des victimes	 51
4.1 Stratégies d'adaptation positives	54
4.2 Stratégies d'adaptation négatives	59
4.3 Résilience, autoefficacité et croissance post-traumatique .	63
4.4 Notions de base	69
 5.0 Les étapes du changement : Un modèle pour le client	 73
5.1 Caractéristiques des différentes étapes	73
5.2 Adaptez vos interventions aux besoins des clients	75
5.3 Notions de base	78

6.0	Les problèmes d'évaluation : Que devrais-je demander?	81
6.1	Principaux points à discuter dans une entrevue initiale ...	81
7.0	Synthèse et conclusion	85
7.1	Principales conclusions de la recherche	86
8.0	Bibliographie	91
Deuxième partie : Sujets spéciaux		
9.0	Victimes de la haine et de crimes haineux	109
10.0	Victimes du terrorisme	137

Introduction

Le présent guide est conçu principalement à l'intention des personnes qui assurent des services de première ligne aux victimes d'actes criminels. Ce document de référence devrait aider les intervenants de première ligne à améliorer la qualité de leurs services, car il met à leur portée la théorie et les travaux de recherche les plus récents sur les victimes d'actes criminels. Dans ce guide, nous entendons par « intervenants de première ligne » toutes les personnes qui jouent un rôle quelconque auprès des victimes, tant les préposés à l'accueil que les cliniciens et les travailleurs de soutien. Bien que le document porte principalement sur les interventions cliniques, le lecteur doit se rappeler que tout contact avec une victime peut avoir des effets curatifs pour cette dernière. C'est pourquoi nous utiliserons le terme générique « intervenant » à travers le guide pour désigner les spécialistes, le personnel paraprofessionnel, les bénévoles, le personnel de soutien, les administrateurs et toute personne qui entre en contact avec les victimes dans le but de leur venir en aide. Le guide compte deux parties : les questions générales et les sujets spéciaux.

Première partie : Questions générales concernant le traitement des victimes d'actes criminels

La première partie porte sur les conclusions d'études générales que l'on peut associer au développement des compétences. Chaque section est axée sur les expériences communes des victimes d'actes criminels et sur d'autres questions clés. « L'importance de l'autothérapie » conseille aux intervenants qu'ils doivent aussi prendre soin d'eux-mêmes dans ce cadre de travail difficile mais gratifiant. La section intitulée « Un modèle de victimisation et de rétablissement » explique comment les individus deviennent des victimes et s'adaptent psychologiquement à la victimisation. La section suivante, « Réactions courantes chez les victimes d'un crime », examine les réactions que peuvent avoir les victimes d'actes criminels, le problème de la victimisation antérieure et la gravité de la réaction. Ensuite, « Les stratégies d'adaptation des victimes » présente les stratégies d'adaptation le plus souvent utilisées par les victimes et les forces auxquelles ces dernières peuvent recourir pour guérir. La section intitulée « Les étapes du changement : Un modèle pour le client » présente le modèle transthéorique de changement de comportement (MTCC) (Prochaska et coll. [1992]) et explique comment ce modèle

peut servir à inciter les victimes à chercher de l'aide. La section « Les problèmes d'évaluation : Que devrais-je demander? » traite des domaines que les intervenants voudraient peut-être explorer dans leurs rencontres avec des victimes. Enfin, la section « Synthèse et conclusion » présente un résumé des principales conclusions de la recherche et peut servir de source de référence rapide au lecteur qui souhaiterait consulter les travaux de recherche portant sur cette question. À la fin de chaque section, une fiche de référence intitulée « Notions de base » récapitule les principaux points qui y ont été traités. Chaque section du guide traite de questions qui touchent les victimes d'actes criminels, mais elle propose aussi aux intervenants des moyens de se perfectionner.

Les lecteurs qui connaissent la version originale du guide remarqueront certains changements dans les sections susmentionnées. Dans l'ensemble, de nouvelles études ont été ajoutées à chacune d'elles. Un astérisque figure devant tous les nouveaux articles qui se trouvent dans les sections de référence. Le lecteur pourra ainsi avoir une idée de l'ampleur de la révision. Voici certaines des principales modifications :

- La section intitulée « L'importance de l'autothérapie » offre plus de renseignements et de stratégies sur l'autothérapie.
- La section intitulée « Un modèle de victimisation et de rétablissement » offre plus de renseignements sur les raisons pour lesquelles les victimes signalent les actes criminels.
- La section intitulée « Réactions courantes chez les victimes d'un crime » offre plus de renseignements sur le deuil et le deuil compliqué.
- La section intitulée « Les stratégies d'adaptation des victimes » compte maintenant de nouveaux éléments sous la rubrique des stratégies d'adaptation positives et celle des stratégies négatives. De plus, la section a fait l'objet d'une révision en profondeur et l'on y traite de résilience, d'autoefficacité et de croissance post-traumatique.
- La nouvelle section intitulée « Les problèmes d'évaluation : Que devrais-je demander? » explique comment déterminer les forces des clients et les moyens dont ils disposent.

Deuxième partie : Sujets spéciaux

La deuxième partie du guide contient deux nouveaux chapitres sur des sous-groupes spéciaux : les victimes de crimes haineux et les victimes du terrorisme. Ces chapitres passent en revue les problèmes que vous pourriez rencontrer en travaillant auprès de ces sous-groupes de victimes. Même s'il s'agit plutôt d'introductions, ces chapitres renferment également des renseignements détaillés. Nous espérons que les intervenants dont les clients font face à ces difficultés pourront améliorer leur connaissance des questions complexes en jeu et, encore une fois, accroître l'efficacité de leur travail.

Autre distinction concernant ces nouveaux chapitres : pour le processus de rédaction lui-même, nous avons fait appel aux conseils de lecteurs spécialisés. Nous avons demandé à chacun d'eux de fournir des articles et des études clés sur le domaine pertinent et de nous faire part de son opinion sur les premières ébauches du chapitre. Ce processus visait à faire en sorte que les renseignements ne soient pas fondés seulement sur la recherche et la théorie récentes, mais qu'ils servent aussi aux intervenants qui travaillent auprès de ces groupes spéciaux. Par souci d'impartialité, nous avons adopté un moyen pour tenir compte des désaccords. En cas de désaccord, la position du lecteur devait figurer distinctement dans le chapitre (en regard de notre point de vue). Nous sommes heureux de signaler qu'il n'y a pas eu de désaccord et que les chapitres traduisent notre point de vue, éclairé des commentaires utiles formulés par chaque lecteur.

Voici les notices biographiques fournies par les lecteurs :

Traitement des victimes de crimes haineux : lectrice :

D^{re} Karen Mock¹

La D^{re} Karen Mock psychologue agréée, enseignante, formatrice et consultante depuis plus de 30 ans, est l'ancienne directrice exécutive de la Fondation canadienne des relations raciales et de la Ligue des droits de la personne de B'nai Brith Canada. Elle est considérée par les tribunaux et les tribunaux des droits de la personne comme une experte en matière de droits de la personne,

¹ La D^{re} Mock a fourni des articles de recherche et a examiné la première ébauche du chapitre, mais des engagements antérieurs et des questions administratives l'ont empêchée de faire parvenir ses commentaires à temps pour la révision finale.

de racisme, de discrimination, d'antisémitisme et d'activités des groupes haineux; de plus, elle a présidé le Groupe de travail communautaire pour la lutte contre les crimes motivés par la haine en 2006 pour le gouvernement de l'Ontario. La D^{re} Mock a publié de nombreux ouvrages et elle a reçu plusieurs prix et honneurs pour ses travaux.

Traitement des victimes du terrorisme : lecteur :

Steve Sullivan

Défenseur depuis longtemps des victimes d'actes criminels, Steve Sullivan a été nommé par décret premier ombudsman fédéral des victimes d'actes criminels en avril 2007. Il a commencé à travailler dans le mouvement de défense des droits des victimes en 1993 et il a préconisé le renforcement des droits des victimes et l'accroissement des services aux victimes. Il a comparu devant de nombreux comités fédéraux concernant diverses questions, dont les droits des victimes et l'amélioration de la protection des victimes de l'exploitation sexuelle des enfants, et il fait la promotion des services aux victimes du terrorisme.

Tout au long du présent guide, on considérera généralement qu'une victime d'un acte criminel est une personne qui a été directement l'objet d'un acte illégal particulier et qui en a subi des conséquences. Ces personnes ont été au centre des travaux de recherche consultés pour la préparation du guide. Les intervenants doivent cependant se rappeler que le crime touche tout le monde. Les intervenants de première ligne, par exemple, savent très bien que l'acte criminel touche souvent les proches de la victime et les personnes qui lui viennent en aide. Ces personnes peuvent aussi éprouver des difficultés d'ordre psychologique, social ou financier et peuvent souvent être aux prises avec les mêmes problèmes que la victime. Les chapitres sur les victimes des crimes haineux et du terrorisme contiennent des renseignements plus détaillés sur cette question. Les aptitudes cliniques et l'information contenue dans le guide peuvent être utiles aussi à ces aidants potentiels.

Première partie : Traitement des victimes d'actes criminels

1.0 L'importance de l'autothérapie

1.1 Pourquoi l'autothérapie est-elle si importante?

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

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

D'après une fable de l'enseignement soufi

Comme ce fermier qui tentait d'abattre un arbre, il peut nous arriver à nous aussi, prestataires de services aux victimes, d'être aveuglés par les objectifs que nous poursuivons. Nous sommes si plongés dans notre travail que nous ne pensons pas aux méthodes que nous employons ou comment les améliorer. En tant qu'intervenants, nous voulons aider les victimes. C'est le motif pour lequel nous faisons ce travail. Par contre, toutes les tâches qui nous occupent peuvent nous faire perdre de vue nos propres besoins. Nous nous disons : « Quelle est l'importance de mes problèmes, de mon stress, de mon épuisement, à côté de tout ce que cette personne vit? » Cette vision personnelle a aussi un aspect séduisant, parce qu'aux yeux des autres qui travaillent auprès des victimes, ce « désintéressement » et ce « sacrifice » sont une preuve de dévouement et d'empathie. Je ne souscris pas à cette perception. Quand nous cessons de nous occuper de nous-mêmes, nous dégradons l'outil qui s'avère le plus important pour notre travail. Comme le fermier qui tente d'abattre son chêne avec une hache émoussée, l'effort est fourni, mais quelle en est l'utilité? Nous devons aussi éprouver de l'empathie pour nous-mêmes, car c'est l'instrument dont nous nous servons pour travailler. En d'autres termes, si nous voulons aider nos clients à développer certaines compétences, nous devons aussi nous occuper de nous-mêmes. Nous devons offrir l'exemple de comment prendre soin de soi-même. C'est pourquoi le présent guide commence par examiner l'importance pour les intervenants de veiller à leurs propres soins.

Il est certain que le traitement des victimes peut entraîner du stress; certains chercheurs se sont penchés plus étroitement sur le problème. Brown et O'Brien [1998] ont constaté que 65 p. 100 des intervenantes dans les refuges pour femmes battues sont modérément ou fortement stressées à cause de la colère et de la frustration qu'elles ressentent devant le comportement tant des victimes et que des agresseurs. À ce stress s'ajoutent les contraintes de temps, les formalités administratives, les exigences sur le plan physique et le manque d'avancement professionnel (Brown et O'Brien [1998]). Ces chercheurs en sont arrivés à conclure que le stress lié au travail découle non seulement de l'intervention auprès des clients, mais aussi de la complexité du système, ce qui ne surprend probablement pas les intervenants. Il est toutefois important de rappeler ce fait aux administrateurs et aux superviseurs, qui devraient surveiller tant chez eux-mêmes que chez leurs employés tout signe d'épuisement et de stress lié au travail.

Dans une étude portant sur différentes catégories de cliniciens, Holmqvist et Andersen [2003] ont interrogé des thérapeutes d'expérience qui ont participé à un projet spécial concernant les victimes de traumatisme causé par la guerre. Ils ont comparé ce groupe à un autre groupe de thérapeutes exerçant en milieu général et dans des foyers collectifs. Ils ont constaté que les thérapeutes qui s'occupaient des victimes d'un traumatisme se jugeaient moins objectifs, moins « maternels » et moins enthousiastes que ceux qui exerçaient en milieu général. Comparativement aux thérapeutes qui travaillaient dans des foyers collectifs, ceux qui s'occupaient des victimes d'un traumatisme se disaient plus anxieux et plus embarrassés. En outre, comme ces thérapeutes travaillaient auprès de victimes d'un traumatisme, ils devenaient plus indifférents et plus blasés et éprouvaient moins d'anxiété et de réserve (Holmqvist et Andersen [2003]). Les thérapeutes devenant plus indifférents, ils étaient peut-être plus en mesure de supporter l'anxiété liée à leur travail. Cependant, cela n'est pas à l'avantage de nos clients : Holmqvist et Andersen [2003] ont souligné l'importance de l'autothérapie et le risque que la distanciation finisse par nuire à la qualité du travail clinique. Cloitre et coll. [2007] ont constaté que les survivants d'abus subis pendant l'enfance qui étaient traités par suite d'un syndrome de stress post-traumatique réagissaient mieux au traitement s'ils avaient une relation positive avec le thérapeute. Les intervenants doivent recourir à l'autothérapie pour pouvoir établir de solides relations professionnelles avec les victimes qu'ils traitent.

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

1.2 Activités autothérapeutiques

Chaque personne est différente des autres. Nous devons tous déterminer quels sont les comportements sains et autothérapeutiques qui peuvent nous aider à réduire le stress et la fatigue. Cela nous aidera à mieux accomplir notre travail auprès des victimes et à trouver un mode de vie équilibré. Les moyens exposés ci dessous peuvent aider les intervenants à trouver cet équilibre. Ils peuvent aussi nous aider à accomplir un meilleur travail auprès de nos clients et à satisfaire nos besoins personnels dans les autres domaines de notre vie.

Autoévaluation

Pour comprendre notre niveau de stress, nous devrions examiner et évaluer continuellement nos sentiments, nos pensées et notre comportement (Grosch et Olsen [1994]). Nous devons établir la différence entre la fatigue normale et l'extrême fatigue qui peut mener à l'épuisement professionnel. Ces deux états sont différents chez chaque individu. Souvent, on ressent la fatigue liée à l'épuisement professionnel quand on ne se sent pas reposé après avoir dormi, on manque rapidement d'énergie, on ressent de la frustration ou on se sent vidé et « crevé » (Grosch et Olsen [1994]; Pines et Aronson [1988]). Évidemment, comme cet état peut aussi résulter d'une maladie physique, il est important de consulter un médecin si l'on pense qu'il peut s'agir d'un problème d'ordre médical. Cependant, consulter nos collègues et nos superviseurs peut nous aider à comprendre notre

situation et à y trouver de meilleures solutions. Dans notre travail d'intervenants, nous devons être à l'écoute de notre corps, de nos pensées et de nos sentiments, mais aussi des perceptions des autres. Écouter nos collègues, nos amis et les membres de notre famille peut être un bon moyen de suivre l'évolution de notre niveau de stress. Chacun de nous doit donc prendre en compte les conseils et les points de vue offerts par toutes les sources pour déterminer ce qui lui va. Les intervenants que cette question intéresse pourront consulter Richardson (2001)², qui a inclus un exercice sur la connaissance de soi dans l'annexe de son ouvrage sur le traumatisme vicariant.

Recours à une supervision efficace et au soutien des collègues

Comme nous l'avons mentionné dans la section « Autoévaluation », les intervenants doivent se fier à d'autres personnes pour leur faire part des observations que ces dernières ont faites quant à leur niveau de stress (Gorman [2001]; Grosch et Olsen [1994]; Kottler [1999]). Certains chercheurs ont constaté que les intervenants qui se sentent épaulés par leurs superviseurs, leurs amis et leur famille éprouvent moins d'épuisement affectif et se sentent plus proches des autres et de leurs propres sentiments (Brown et O'Brien [1998]). D'autres considèrent la supervision et la consultation comme l'un des facteurs les plus importants de la prévention de l'épuisement professionnel (Salston et Figley [2003]). Dans le cadre de la consultation et de la supervision, nous devons aussi prendre le temps de nous concentrer sur nos succès et sur les aspects positifs de notre travail – personne ne veut tenir des réunions qui portent seulement sur ce qui n'a pas bien fonctionné.

En tant qu'intervenants, nous devons établir un réseau de personnes qui pourront nous venir en aide et qui nous donneront des opinions claires et directes. Par contre, un réseau d'aide composé de gens qui nous traitent avec trop d'égards et de délicatesse ne nous sera d'aucune utilité si nous voulons obtenir des opinions franches. Rappelons-nous : les opinions peuvent venir des amis et de la famille, parce que ceux-ci sont bien placés pour observer les petits changements qui se produisent chez nous et qui pourraient se transformer en gros problèmes. Ces personnes sont aussi en mesure de nous rappeler que le travail ne doit pas prendre toute la place dans notre vie (Kottler [1999]). En établissant un tel réseau, nous devons aussi inclure des « contrôles de l'épuisement professionnel » pour vérifier le niveau de stress et de fatigue, dans le cadre d'une supervision normale ou de discussions en équipe.

2 Voir la section sur les « autres lectures » de ce chapitre.

Se fixer des limites

Les intervenants doivent apprendre à se fixer des limites bien précises (Grosch et Olsen [1994]; Kottler [1999]). Tous ceux qui exercent une profession d'assistance à autrui connaissent ces mots de sagesse, mais beaucoup en font fi sous le poids du stress ou de la surcharge de travail. Dans le fond, ces limites de seuils que nous nous fixons afin d'assurer la qualité de nos soins. Selon Daniels, Bradley et Hays [2007], les intervenants pourraient choisir de limiter la charge de travail, par exemple placer un plafond sur le nombre de dossiers, mais cela doit aussi signifier répartir la charge de travail entre les membres de l'équipe pour qu'aucun individu n'ait à s'occuper de tous les dossiers difficiles.

N'oublions pas que l'établissement de limites fermes ne nous empêche pas de nous adapter. Les intervenants doivent simplement se rappeler de leurs limites et comment les respecter, pour leur propre bien et pour celui de leurs clients. Par exemple, une intervenante peut décider qu'elle ne travaille jamais après 18 heures, un autre intervenant ne révèle pas son numéro de téléphone au domicile tandis qu'une autre encore ne discute pas de sa vie personnelle avec les clients. Les discussions en groupe et les réunions de supervision sont d'excellentes occasions d'explorer la question des limites. Selon leur personnalité et leur profession, les gens se fixent des limites différentes. La principale question à se poser est la suivante : « Les limites que je me suis fixées m'aident-elles à développer et à conserver des moyens dont je bénéficie et qui profitent à mes patients? » En mettant toujours nos besoins au dernier rang, nous risquons de devenir moins efficaces, en tant qu'intervenant et en tant que personne.

Adopter un mode de vie équilibré

Un autre aspect important de l'autothérapie est la conciliation travail-famille : nous n'existons pas que pour le travail. Nous pouvons éprouver du stress dans notre vie personnelle. Les soucis d'argent, les difficultés relationnelles et le stress d'origine médicale ne disparaissent pas lorsque nous quittons le bureau. Rappelez-vous : le stress à la maison peut influencer sur le travail tout comme le stress au travail peut influencer sur les relations familiales. Les activités et compétences décrites ci-après peuvent nous aider à faire face au stress dans tous les aspects de notre vie, et non uniquement aux difficultés du travail.

Une vie équilibrée comprend l'établissement de ses propres limites (Grosch et Olsen [1994]). Mais celles-ci comptent parmi les premières choses que nous abandonnons quand nous ignorons nos besoins. Ainsi, travailler à l'occasion pendant les heures de dîner parce que c'est à cette heure-là que le client peut nous rencontrer ne semble pas bien grave. Dans certains services administratifs et pour certains superviseurs, cela serait même une preuve de notre ardeur au travail. Ce genre de comportement nous mène toutefois vers l'abandon de nos propres besoins et peut nous conduire à l'épuisement professionnel. La limite entre être le « héros » de la clinique et devoir prendre des congés pour raisons de stress est très ténue.

Les intervenants pour qui le travail prend une importance excessive risquent de combler leurs besoins personnels dans le cadre de l'assistance qu'ils fournissent aux clients (Kottler [1999]). Il peut s'agir pour eux de se sentir utile, avoir des interactions sociales, se sentir estimé ou résoudre des problèmes d'enfance ou de relation qui persistent. Il est formidable d'avoir un sentiment de réussite dans son travail et même d'avoir évolué grâce à son activité professionnelle (Hernandez et coll. [2007]), mais trouver satisfaction à ses besoins personnels dans le travail ne signifie pas nécessairement que l'on répond à ceux des clients. Par contre, si nous satisfaisons dans d'autres aspects de notre vie (la vie personnelle, les amitiés, la spiritualité, par exemple), nous courons moins le risque de nous appuyer sur le travail pour combler nos besoins.

À quoi ressemble un mode de vie équilibré?

Chacun trouve son équilibre de différentes façons. Il nous faut essentiellement examiner les divers rôles que nous jouons dans la vie : conjoint, travailleur, ami, parent, enfant, etc. Lesquels sont les plus importants? Chaque intervenant doit organiser ses activités selon son importance et prévoir du temps pour celles-là qui importent le plus. Quel temps consacrons-nous à la reprise de nos forces? Si, par exemple, l'autothérapie est importante, il faut prévoir du temps dans la semaine pour des activités que nous trouvons agréables : prendre un café avec des amis, lire un livre « amusant » (pas un ouvrage lié au travail comme celui-ci!), faire une partie de softball, faire de la méditation, jouer au golf ou peindre. Il peut être utile de dresser une liste des activités de « reprise de forces »—qui nous aident à repartir ou à nous décontracter— et la garder à portée de main; ainsi, si vous

vous sentez tendu ou dépassé, vous pourrez consulter rapidement la liste et trouver quelque chose à faire qui vous permettra de prendre un répit. Bryant et Veroff (2007) décrivent ce processus comme le fait de prendre un « congé quotidien » officiel de 20 minutes pour profiter d'une activité agréable et relaxante. Pendant cette activité, vous écartez toutes les distractions et préoccupations, et vous vous adonnez à votre loisir (y compris vos pensées et sentiments) et vous terminez le congé en planifiant ce que vous ferez pendant le congé du lendemain. À la fin de la semaine, vous examinez tous vos congés quotidiens et retenez comment votre semaine s'est déroulée – surtout par rapport aux semaines où vous n'avez pas pris de congés quotidiens.

Pour comprendre à quel point il est important d'adopter un mode de vie équilibré, il faut avant tout reconnaître que nous avons tous des moyens limités; nous ne pouvons pas tout faire. Si un aspect de votre vie est source de stress, vos ressources dans les autres domaines vont s'en ressentir. Le stress au travail se répercute sur votre vie personnelle, tout comme le stress causé par votre situation financière a des effets sur votre travail et vos relations. C'est tout à fait normal. L'adoption d'un mode de vie équilibré consiste essentiellement à déterminer l'étendue de ses ressources et à mettre ces dernières à profit dans les domaines jugés importants. En planifiant votre vie de cette manière, vous êtes davantage porté à vous sentir maître de vos affaires et vous courez moins le risque de vous sentir esclave du stress. Rappelez vous : grâce à ces activités, vous connaîtrez probablement des améliorations non seulement dans la qualité de votre travail, mais aussi dans celle de votre vie dans son ensemble.

Formation et perfectionnement professionnels

Les intervenants peuvent toujours tirer profit de la formation et du perfectionnement professionnels. Salston et Figley [2003] donnent de l'importance à la formation en traumatologie pour réduire l'épuisement professionnel. Ces activités permettent non seulement d'acquérir de nouvelles compétences, mais donnent aussi aux intervenants le temps de réfléchir sur leur rendement. En d'autres termes, le perfectionnement améliore nos compétences (la hache) en nous permettant d'examiner notre approche (constater qu'elle est émoussée) et d'acquérir de nouvelles compétences ou de perfectionner celles que nous possédons (affûtage). Même s'il est important de développer nos compétences en ce qui concerne l'autothérapie et la nécessité de nous fixer des limites,

les avantages que procurent l'acquisition de toute nouvelle compétence ou la faculté de considérer une question d'un nouveau point de vue peuvent aider l'intervenant à renouveler la qualité de ses services. D'une certaine manière, prendre du temps pour lire le présent guide constitue une forme d'autothérapie.

Services offerts aux intervenants

Les intervenants doivent aussi savoir déterminer à quel moment ils ont besoin d'aide. Différents types de traitements s'offrent à eux, comme l'autothérapie (par exemple la lecture de livres sur l'autothérapie), les groupes d'entraide, la psychothérapie et les traitements en clinique externe ou interne (Grosch et Olsen [1994]; Kottler [1999]; Salston et Figley [2003]). En principe, ces méthodes directes de traitement du stress aident les intervenants à s'occuper de leurs besoins. C'est comme le fermier qui prendrait soin d'affûter sa hache. Nos choix dépendent de nos objectifs. Il peut être nécessaire, par exemple, de traiter des problèmes antérieurs à un niveau profond; la thérapie peut être alors la meilleure option. Par contre, si nous avons seulement besoin de nous « décharger » de notre stress, un groupe d'entraide peut très bien convenir. Les services d'entraide sont un excellent moyen de trouver de nouvelles façons de gérer le stress de la vie professionnelle et de la vie personnelle. Tout dépend de nos agents stressants et de nos objectifs. Nous pouvons aussi constater que nous avons recours à différentes méthodes, dans des circonstances différentes. Nous sommes le mieux placés pour savoir ce qui nous convient le plus, mais nous pouvons tous tirer profit de l'aide et des observations des autres.

Conclusion

Il peut paraître curieux de commencer un guide sur les effets psychologiques de la victimisation découlant du crime en traitant d'abord des besoins des intervenants. Cette façon de procéder s'appuie sur une excellente raison : le travail auprès des personnes en détresse est une activité très gratifiante, mais aussi très stressante (Grosch et Olsen [1994]; Pines et Aronson [1988]). Les intervenants doivent bien sûr apprécier l'aspect gratifiant de leur travail, mais cela n'est possible que s'ils se sentent bien eux-mêmes (Kottler [1999]). Pour tenir compte de cet aspect gratifiant, les chercheurs ont commencé récemment à

examiner un phénomène appelé résilience vicariante, selon lequel ceux qui travaillent auprès des victimes peuvent acquérir des connaissances et bénéficier du fait d'assister à l'épanouissement et à la résilience de leurs patients (Hernandez et coll. [2007]). Ces chercheurs ont interrogés des psychologues qui travaillent auprès de victimes de violence sociale, de violence politique et d'enlèvement. Ils ont constaté que les thérapeutes ont pu déterminer les avantages importants de ces travaux, y compris l'espoir accru d'un épanouissement, la foi dans les forces des gens, le renforcement des compétences cliniques, la prise en charge sociale, l'appréciation des bienfaits et la prise de conscience du sens nouveau (Hernandez et coll. [2007]). Il est bon de se faire rappeler ces avantages.

Pour leur plus grand bénéfice personnel et celui de leurs clients, les intervenants doivent surveiller leur niveau de stress et se livrer régulièrement à des activités qui les renforcent sur le plan personnel. Nous pouvons croire parfois que nous pouvons maîtriser toutes les situations. Cette conviction peut être personnelle comme elle peut faire partie de la culture de l'organisme où nous travaillons. Cette façon de voir les choses peut être séduisante parce que notre travail est très important. Pour certains, le travail auprès des victimes est une sorte de « vocation », où l'on doit subir le stress en silence. Cette perception ne correspond pas à la réalité. Le traitement des victimes d'actes criminels est une entreprise difficile. Il est normal que l'on se sente parfois vidé. Le travail auprès des victimes est toutefois gratifiant. Il est normal de se sentir ému et inspiré. En tant qu'intervenants, nous devons nous rappeler qu'il faut prendre soin de nous-mêmes avant de pouvoir nous occuper des autres. Si nous ignorons nos propres besoins, nous agissons comme le fermier qui abat son arbre avec une hache émoussée : nous nous acharnons à la tâche, mais nous ne faisons aucun progrès.

1.3 Autres lectures sur l'autothérapie³

Les activités d'autothérapie sont importantes. Le présent guide se rapporte aux victimes d'actes criminels, et non aux intervenants; c'est pourquoi la présente section n'est qu'un aperçu de la notion d'autothérapie. Les lecteurs intéressés qui souhaitent approfondir leurs connaissances dans le domaine de l'autothérapie chez les intervenants auprès des victimes pourront consulter les ouvrages et

³ Veuillez prendre note que les liens fournis dans le présent guide étaient actifs au moment de la publication, mais que les organismes restructurent et remanient souvent leurs sites Web. Si le lien ne fonctionne pas, vous pouvez effectuer une recherche dans le site de l'organisme ou utiliser un moteur de recherche général pour trouver le document ou l'ouvrage.

les sites Web indiqués ci-dessous. L'autothérapie devrait accroître la satisfaction que nous procure notre travail et nous rendre plus efficaces sur le plan personnel et professionnel. L'ouvrage suivant présente un intérêt particulier :

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

Site Web : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/trauma_f.pdf

Les ressources suivantes sont aussi disponibles sur Internet :

The International Society for Traumatic Stress Studies : Liens et ressources intéressants (en anglais seulement) :

www.istss.org

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

Laurie Anne Perlman, Ph.D., a préparé une bibliographie spécialisée : www.isu.edu/~bhstamm/ts/vt.htm

The U.S. National Center for Post-Traumatic Stress Disorder (en anglais seulement) : www.ncptsd.org

Conseil ontarien des organismes de services aux immigrants, à Settlement.org (en anglais seulement)

<http://atwork.settlement.org/ATWORK/SC/home.asp>

Centre national d'information sur la violence dans la famille, Agence de la santé publique du Canada

<http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/index.html>

Comment prendre soin de soi comme intervenant – Agence de la santé publique du Canada

<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/oes-bsu-02/caregvr-fra.php>

1.4 Notions de base

- L'autothérapie est un facteur essentiel à la qualité des services fournis.
- Pour être en mesure d'aider vraiment leurs clients, les intervenants doivent d'abord s'occuper d'eux-mêmes.
- Les intervenants peuvent devenir le parfait exemple de l'autothérapie.
- Les intervenants ont la faculté d'opter pour des stratégies d'adaptation efficaces (attaquer les problèmes directement) plutôt que médiocres (éviter, refus, travailler malgré le stress).
- Quelques exemples de méthodes d'autothérapie :
 - auto-évaluation – observer les signes de stress (torpeur, être ou se sentir inoccupé, émotions impossibles à maîtriser) et de force (résilience, soutien, spiritualité (Grosch et Olsen [1994]; Kottler [1999]; Maslach et Leiter [1997]; Pearlman [1999]));
 - compter sur la collaboration efficace des supérieurs et des collègues de travail (Grosch et Olsen [1994]; Kottler [1999]);
 - mettre l'accent sur les éléments qui ont bien fonctionné et les domaines d'épanouissement et de perfectionnement possibles;
 - se fixer des limites, tant dans sa vie professionnelle que dans sa vie personnelle (vie équilibrée) (Grosch et Olsen [1994]; Weiss [2004]);
 - prendre un congé quotidien (Bryant et Veroff [2007]);
 - adopter un mode de vie équilibré (Grosch et Olsen [1994]);
 - participer à des groupes de soutien, suivre des thérapies et des traitements en clinique externe, etc. (Grosch et Olsen [1994]);
 - participer à des activités de formation et de perfectionnement professionnels.
- Il convient de noter que votre modèle de traitement peut vous empêcher d'accorder une attention aux questions d'autothérapie (Dana [2000]).
- De plus, faites de l'autothérapie une priorité au sein de l'équipe ou dans la collectivité (Maslach et Leiter [1997]).
- Être conscient des risques d'un traumatisme vicariant peut aider à prévenir le problème (Daniels et coll. [2007]).

- Les intervenants peuvent en venir à tenter d'éviter certains clients ou sujets (Shubs [2008]).
- Les intervenants peuvent trouver qu'ils s'identifient trop à la victime et devenir dépassés (Shubs [2008]).
- Les intervenants peuvent aussi tirer parti de la force qu'ils acquièrent en travaillant auprès des victimes (résilience vicariante) (Hernandez et coll. [2007]).

Faites des lectures sur l'autothérapie et essayez de vous adonner à certaines des activités suggérées. Demandez à vos collègues ce qu'ils font qui les aide à maintenir une vie équilibrée.

... *Affûtez votre hache.*

2.0 Un modèle de victimisation et de rétablissement

Pour comprendre l'expérience vécue par les victimes d'actes criminels, il faut considérer la victimisation dans son ensemble, et non seulement l'acte criminel en soi. La victimisation est aussi la manière dont une victime vit le stress causé par des actions hors de son contrôle. Avant d'examiner les théories et les travaux de recherche concernant les victimes, il faut faire ici une distinction majeure : les victimes d'actes criminels sont différentes les unes des autres. C'est là le thème principal de la présente section, qui examine comment chaque victime parvient à se rétablir et à reprendre une vie dite « normale » après avoir vécu un acte criminel. Dans la mesure du possible, nous mettrons, dans le présent guide, la nature particulière de chaque crime en parallèle avec les travaux de recherche pertinents. L'on constate cependant que la définition de la victime et de l'acte criminel peut varier légèrement d'une étude à une autre. Le lecteur doit donc reconnaître que chaque individu prendra un chemin différent, mais la plupart des victimes vivront quand même des expériences communes nées de leur victimisation. La présente section porte sur quelques-uns de ces vécus communs.

Pour comprendre ce que vivent nos clients, nous devons nous efforcer de comprendre les changements psychologiques que traversent les personnes qui ont été victimes d'un acte criminel et qui commencent à se reconnaître comme telles. Casarez-Levison [1992] a examiné plusieurs modèles de victimisation. Elle en conçut un de simple qui décrit comment une personne passe de membre de la population générale à l'état de victime puis à celui de survivant. Selon elle, les victimes passent par différents stades : avant le crime, le crime lui-même, l'adaptation initiale et l'accommodation et enfin le stade où le fait d'avoir été victime d'un acte criminel fait partie de leur expérience de vie (Casarez-Levison [1992]).

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



Avant l'acte criminel : prévictimisation et organisation

Avant d'être victime d'un acte criminel, l'individu mène en principe une vie normale. Il a des antécédents de vie personnels, des forces et des faiblesses, un système de soutien, des contraintes financières, etc. Son passé peut comprendre aussi des expériences de victimisation, de traumatisme et d'adaptation. Cet aspect de la question est important, car les recherches montrent que les victimes d'actes criminels ont souvent des antécédents de victimisation (Byrne et coll. [1999]; Messman et Long [1996]; Norris et coll. [1997]; Nishith et coll. [2000]). Les intervenants doivent le savoir, car la manière dont une personne s'est adaptée à une victimisation antérieure peut aider à prévoir comment elle s'adaptera à la dernière victimisation et au traumatisme qui en découle (Casarez-Levison [1992]). Les recherches ont d'ailleurs montré qu'une réaction faible à un traumatisme antérieur peut laisser présager que la victime aura encore une fois une réaction faible à un nouveau traumatisme (Brunet et coll. [2001]).

L'acte criminel et la période qui suit : victimisation et désorganisation

La personne a maintenant vécu un acte criminel : peut-être qu'en arrivant chez elle, elle constate qu'elle a été victime d'un cambriolage; peut-être qu'elle a été agressée pendant qu'elle rentrait du gymnase chez elle à pied, etc. Ce stade peut durer quelques heures ou quelques jours, le temps qu'il faut pour comprendre ce qui est arrivé. Les recherches de Greenberg et Ruback [1992] montrent que les réflexions de la victime évoluent de la manière suivante :

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

La victime fondera ses décisions sur ses expériences passées, son niveau actuel de détresse affective et sa connaissance des choix qu'elle peut faire. Parmi ses options, elle peut décider de ne rien faire, d'appeler un ami, de porter plainte à la police, de réévaluer la situation ou de chercher une solution personnelle. Greenberg et Ruback [1992] soulignent que la victime ne choisit pas nécessairement la meilleure option, mais plutôt celle qui correspond à quelques critères minimaux. Ainsi, une victime de viol par une connaissance peut décider simplement « d'oublier ce crime » et de ne pas porter d'accusation

parce que cette solution correspond au critère « ne plus penser à cette histoire ». De plus, comme la victime se montre à ce stade très ouverte aux avis des autres (Greenberg et Ruback [1992]), même l'auteur du crime peut exercer une influence sur sa décision. En fait, l'examen de la raison pour laquelle les gens signalent un crime révèle que l'influence d'autres personnes était plus importante que leur réaction émotive personnelle ou leurs attentes vis-à-vis de la réponse de la police (Greenberg et Beach [2004]). C'est pourquoi les intervenants peuvent rencontrer des victimes aux prises avec des réactions graves plusieurs semaines, plusieurs mois et même quelques années après le crime (Thompson [2000]), sans se rendre compte que les problèmes de ces personnes découlent de leur victimisation.

Comme les victimes sont souvent les personnes qui signalent le crime, leurs décisions peuvent avoir des conséquences majeures sur la manière dont elles vivent leur détresse. Selon une enquête sur les victimes d'actes criminels menée en 2004 auprès des Canadiens, 88 p. 100 des agressions sexuelles, 69 p. 100 des vols des biens du ménage et 67 p. 100 des vols de biens personnels n'ont pas été signalés aux autorités (Gannon et Mihorean [2005]). Les études sur le signalement des actes criminels décrivent ces différents processus décisionnels (Greenberg et Beach [2004]; Greenberg et Ruback [1992]). Buzawa, Hotaling et Byrne [2007] ont indiqué cinq raisons que les gens invoquent généralement pour ne pas signaler les actes criminels : (1) ils ne veulent pas que les autorités s'en mêlent ou recourir à d'autres formes d'aide; (2) ils ne considèrent pas l'infraction suffisamment grave; (3) ils craignent les représailles du délinquant; (4) ils ne croient pas que le système de justice pénale les aidera; (5) ils ne croient pas que le système de justice tiendra compte de leurs désirs.

À la suite d'une enquête auprès de femmes victimes d'une agression sexuelle, Monroe et coll. [2005] ont noté que 46,2 p. 100 d'entre elles ont répondu qu'elles ne porteraient pas plainte en raison de leur entrevue avec la police. Selon des données canadiennes récentes, les victimes d'actes criminels ont une opinion plus négative de l'efficacité de la police que les personnes qui n'ont jamais été victimes (AuCoin et Beauchamp [2007]). Ces facteurs conjoncturels et les questions relatives à la criminalité ont souvent une influence déterminante sur la décision de déclarer le crime. Par exemple, les victimes qui connaissent l'auteur du crime ont moins tendance à signaler le crime ou à demander de l'aide (Ullman [1999]). Il ne serait pas surprenant de constater que les victimes de violence conjugale sont moins

susceptibles de dénoncer ce type de crime. Les études montrent en outre que les autres jugent plus sévèrement les victimes d'un viol par une connaissance que les victimes d'un viol par un étranger (Abrams et coll. [2003]), ce qui est susceptible d'influencer la décision de la victime de signaler le crime. Ces constatations ne sont pas une surprise pour la plupart des intervenants qui viennent en aide aux victimes de violence conjugale ou d'un viol par une connaissance.

Lorsqu'une personne commence à se considérer comme la victime d'un crime, à supposer qu'elle soit une victime, elle suit un cheminement relativement particulier d'adaptation et de prise de décisions qui dépend de sa situation avant le crime (comme nous l'avons mentionné précédemment). Cependant, la victime est susceptible de se sentir menacée et impuissante et d'être confuse, en colère, indifférente ou craintive. Elle peut avoir des blessures physiques, affectives ou psychologiques découlant d'une dépossession quelconque et éprouver un stress traumatique. Il faut se rappeler que la victime est susceptible de recourir aux aptitudes et aux habiletés qu'elle possède pour maîtriser sa situation (Casarez-Levison [1992]).

Adaptation initiale : transition et protection

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

C'est à ce stade que la victime peut avoir le plus besoin d'aide, de la part de ses amis et de sa famille ou de spécialistes. Le soutien apporté par les autres peut aider la victime à mieux gérer son stress, à obtenir de l'information et à faciliter ses efforts d'adaptation. Le respect, la sincérité et la confiance permettent de développer l'engagement affectif, une condition essentielle à une bonne relation d'aide. Les clients qui s'engagent sur le plan affectif se rétablissent plus rapidement (Gilboa-Schechtman et Foa [2001]). Pour montrer du respect pour leurs clients, les intervenants doivent veiller à leur faire comprendre que le traitement peut aggraver leur cas avant de l'améliorer (Nishith et coll. [2002]). Des études ont aussi montré que les victimes affichant des symptômes de traumatisme extrêmes, ceux qui ont subi un traumatisme pendant leur enfance en raison d'une agression sexuelle ou physique ou pour avoir assisté à des actes de violence familiale, et ceux qui ont subi des blessures physiques pendant le crime peuvent ne pas être aussi réceptifs à un traitement ordinaire (Hembree et coll. [2004]). Les intervenants doivent également détecter les stratégies d'adaptation qui sont mauvaises, comme l'abus de drogues ou d'alcool, la détérioration des relations personnelles, l'isolement progressif et le retrait (Casarez-Levison [1992]). Ils doivent en outre se rappeler que certaines victimes peuvent sembler prendre du mieux alors que sous des apparences calmes se cachent des problèmes graves.

Même si de nombreuses victimes peuvent souffrir d'un traumatisme après avoir vécu un acte criminel, les intervenants doivent se méfier du « traumatisme préjugé », qui suppose que les victimes d'un acte criminel sont nécessairement traumatisées, alors que ce n'est pas toujours le cas (Nelson et coll. [2002]). Les intervenants doivent se rappeler que certaines victimes peuvent dissimuler leur traumatisme tandis que d'autres s'adaptent bien à leur situation. Respecter la victime signifie se fier à l'évaluation qu'elle offre elle-même de ses états intérieurs. Vous pouvez toujours apporter à votre client l'aide et les renseignements dont il a besoin pour faire à sa situation (Nelson et coll. [2002]). L'objet de votre travail à ce stade consiste à encourager les mécanismes positifs d'adaptation et à réduire les mécanismes d'adaptation négatifs ou inefficaces. Cela aide la victime à réorganiser sa vie et à remonter la pente. Si toutefois le traitement n'est pas bien adapté, la victime risque de ne pas parvenir vraiment au stade final d'adaptation et peut même sombrer dans un état d'épuisement total (Casarez-Levison [1992]).

Remonter la pente : réorganisation et résolution du problème

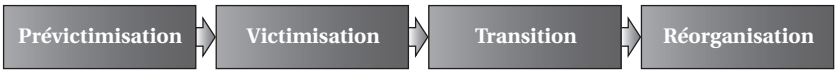
À ce stade, la victime reconstruit sa personnalité et redevient un individu stable capable de bien fonctionner et d'entretenir des relations normales. Dans les meilleurs cas, ce stade peut survenir après six à douze mois; dans les pires cas, le processus peut prendre plusieurs années (Casarez-Levison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

Du côté positif, les études sur les victimes d'agression sexuelle montrent que les interventions semblent encore utiles même plusieurs années après la victimisation (Resick et coll. [2002]).

2.1 Notions de base

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

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



- Les intervenants doivent se méfier du « traumatisme préjugé », qui suppose que toutes les victimes d'un acte criminel sont nécessairement traumatisées, alors que ce n'est pas toujours le cas (Nelson et coll. [2002]).
- Les intervenants doivent bien faire comprendre aux victimes que le traitement peut aggraver leur cas avant de l'améliorer (Nishith, Resick et Griffin [2002]).
- Les intervenants doivent surveiller toute stratégie d'adaptation mauvaise, comme l'abus de drogues ou d'alcool, la détérioration des relations personnelles, l'isolement progressif et le retrait (Casarez-Levison [1992]). Il faut lutter rapidement contre ces réactions négatives en enseignant à la victime des techniques d'adaptation nouvelles et plus efficaces.
- La victime ne revient pas à l'état dans lequel elle se trouvait avant le crime – elle doit trouver une signification au crime et à ses conséquences et l'assimiler à son expérience de la vie (Norris et coll. [1997]).
- Les interventions semblent encore utiles aux victimes même plusieurs années après la victimisation (Resick et coll. [2002]).

3.0 Réactions courantes chez les victimes d'un crime

Il est utile de connaître les réactions habituelles que peuvent manifester les victimes d'actes criminels. Les intervenants doivent se rappeler que chaque victime aura son propre cheminement vers le rétablissement, mais il leur faut connaître aussi les réactions courantes qui se produisent afin de pouvoir mieux l'aider dans cette voie. Selon une étude, environ 25 p. 100 des victimes de crimes avec violence ont manifesté des degrés extrêmes de détresse comme la dépression, l'hostilité et l'anxiété (Norris et coll. [1997]). Une autre proportion de 22 à 27 p. 100 a signalé des problèmes de nature modérée ou grave. Cela signifie qu'environ 50 p. 100 des victimes de crimes avec violence souffrent de détresse modérée ou extrême. Le tableau 1 présente les réactions que les chercheurs et les théoriciens ont eux-mêmes observés chez les victimes d'actes criminels. Il peut arriver aussi que les intervenants observent ces mêmes réactions chez les amis et la famille des victimes, car l'acte criminel produit des effets sur les amis et les proches, le milieu scolaire, le lieu de travail et la collectivité dans son ensemble (Burlingame et Layne [2001]).

Colère

La colère est une question plus complexe qu'elle ne paraît à première vue. Les chercheurs font souvent un lien entre la colère et les crimes contre les biens ainsi qu'entre la peur et les crimes avec violence (Greenberg et Ruback [1992]). Mais la colère est essentiellement la réaction d'une personne qui se sent privée d'une chose qu'elle juge lui appartenir. Un acte criminel ôte à la victime ses sentiments de sécurité et d'équité, sa foi en un monde juste, etc. C'est pourquoi la colère peut être une réaction raisonnable à tout type de crime. Dans la vie, la colère peut agir comme facteur de changement. Greenberg et Ruback [1992] soulignent qu'un grand nombre de victimes ont des fantasmes de vengeance ou de justice. Si ces fantasmes sont associés à des résultats positifs (par exemple si l'auteur du crime est arrêté), il y a plus de chances que la victime passe à l'action. C'est pourquoi ce qu'on appelle la « juste colère » peut aider l'individu à remonter la pente et lui donner de l'énergie pour participer au système de justice pénale ou solliciter de l'aide. Par contre, d'autres chercheurs ont examiné le syndrome de stress post-traumatique et les fantasmes de colère, de vengeance et de représailles chez les victimes de crimes de violence (Orth et coll. [2008]; Orth et coll. [2006]). Ils ont conclu que les fantasmes de colère et de vengeance peuvent aider dans un premier temps les victimes à se sentir mieux, mais ils peuvent causer des

Tableau 1 – Réactions courantes des victimes d'un crime

Humeur et émotions	Social	Pensée/ souvenirs	Physique
Peur/phobies ^{1, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 19, 21, 25, 28, 13, 14, 31,}	Changements des relations avec les autres ^{2, 6 19, 28, 13, 14}	Souvenirs envahissants ²	Nausée ^{1, 13,}
Colère/hostilité ^{1,} 2, 3, 4, 7, 18, 19 20, 24, 28, 31	Évitement ^{5, 7, 13}	Faible auto-efficacité ^{2, 28,}	Problèmes d'estomac ^{1, 13, 21}
Embarras ¹	Aliénation ^{5, 17}	Vigilance ^{2, 13}	Tension musculaire ¹
Anxiété ^{2, 5, 7, 13, 27}		Rappels de l'événement ^{5, 13,}	Troubles du sommeil ^{2, 13}
Dépression ^{2, 4, 6, 16,} 18, 19, 20, 22, 13, 27		Confusion/manque de concentration ^{4,} 5, 13	Perte de poids ^{17, 19}
Affliction ^{1, 2, 4 21, 24,} 26, 13, 14		Dissociation ^{4, 31, 13}	Maux de tête ^{17, 19}
Culpabilité, honte 4, 5, 6, 11, 12, 15, 29, 30		Remise en question des croyances spirituelles ¹³	Vertiges ¹³
Émotions difficiles à maîtriser ⁴			Sensations corporelles de chaleur ou de froid ¹³
Apathie/torpeur ^{5,} 13			
Faible estime de soi ^{7, 15, 17, 19, 23}			

Tableau 1 – Réactions courantes des victimes d'un crime (*suit*)

¹ Casarez-Levison [1992]	¹⁰ Boeckmann et Turpin- Petrosino [2002]	²¹ Manktelow [2007]
² Everly et coll. [2000]	¹¹ Courtois [2004]	²² Miller et Heldring [2004]
³ Greenberg et Ruback [1992]	¹² Danieli et coll. [2004]	²³ Mock [1995]
⁴ Leahy et coll. [2003]	¹³ Daniels et coll. [2007]	²⁴ Nordanger [2007]
⁵ Mezy [1988]	¹⁴ DeValve [2005]	²⁵ Orth et coll. [2008]
⁶ Nishith et coll. [2002]	¹⁵ Dunbar [2006]	²⁶ Pivar et Prigerson [2004]
⁷ Norris et coll. [1997]	¹⁶ Gabriel et coll. [2007]	²⁷ Spataro et coll. [2004]
	¹⁷ Garnetts et coll. [1990]	²⁸ Staub [1996]
Références mises à jour :	¹⁸ Herek et coll. [1997]	²⁹ Thielman [2004]
⁸ Amstadter et coll. [2007]	¹⁹ Janoff [2005]	³⁰ Wertheimer [1990]
⁹ Boccellari et coll. [2007]	²⁰ Lebel et Ronel [2005]	³¹ Young et coll. [2007]

problèmes si la personne continue de songer au crime et si elle ne peut pas faire des progrès. Selon ce point de vue, le moment et le contenu des programmes de maîtrise de la colère peuvent aider dans une grande mesure à améliorer l'état de santé des victimes.

Cela étant dit, les intervenants doivent éviter de confondre la colère et la prise en charge de soi. La colère, si elle n'est pas maîtrisée correctement, peut causer un tort considérable à la victime. Les intervenants voudront peut-être s'attaquer au problème de la colère s'ils constatent que celle-ci dure et qu'elle nuit au processus de guérison de la personne. Chaque victime doit être traitée comme un individu. L'intervenant doit l'aider à apprendre comment maîtriser toutes ses émotions de manière à pouvoir surmonter ses difficultés tout en maintenant un état de santé sain. C'est ainsi que la victime pourra remonter la pente et réorganiser sa vie. La colère peut être une émotion à laquelle il est difficile de faire face, même pour les meilleurs cliniciens. Tous les intervenants, quelle que soit leur formation, devraient se demander s'ils sont en mesure d'aider les victimes dans ce domaine. S'ils en sont incapables, ils doivent aiguillonner les victimes vers d'autres spécialistes.

3.1 Gravité de la réaction

Les intervenants peuvent être dépassés par les réactions graves qui peuvent se produire chez les victimes. À mesure que ces réactions s'atténuent, elles ne rendent pas nécessairement les choses plus faciles pour la victime. Ce paradoxe constitue un problème tant pour les intervenants que pour les victimes. Des travaux de recherche montrent que la violence qui accompagne un crime augmente la gravité de la réaction; les victimes de crimes sans violence, cependant, craignent elles aussi pour leur sécurité et peuvent éprouver des symptômes psychologiques aggravés (Green et Pomeroy [2007b]; Norris et coll. [1997]). Les caractéristiques du crime peuvent aussi influencer sur la gravité de la réaction. Steel et coll. [2004] ont constaté que le nombre de délinquants et la durée des agressions sexuelles commises pendant l'enfance ont un lien direct avec la détresse psychologique des victimes des deux sexes. Les intervenants doivent porter attention aux déclarations de la victime et utiliser ces renseignements pour évaluer la gravité des réactions de cette dernière.

Même s'il n'y a pas de modèle général établi d'après les types de victimes, toutes les victimes d'actes criminels éprouvent de la détresse. La constatation générale selon laquelle la gravité de la réaction est proportionnelle à la violence du crime fournit à l'intervenant un indice sur les réactions qui pourraient se produire chez le client. C'est pourquoi il faudra peut-être surveiller plus étroitement la victime d'un crime avec violence qui dit n'éprouver aucune détresse. Cette déclaration peut s'avérer vraie, mais elle doit être pesée contre les facultés d'adaptation de la personne, son comportement actuel et son expérience de la vie. L'intervenant doit aider son client à comprendre son propre niveau de détresse, de quelle manière le crime a transformé sa vie et ce qu'il peut faire pour remonter la pente.

La victime demeure la meilleure source d'information sur ce qui se passe dans sa vie. Selon des données canadiennes récentes, 21 p. 100 des victimes d'actes criminels disent que le crime n'a pas eu d'influence sur leur vie (AuCoin et Beauchamp [2007]). D'après ce sondage, qui a été mené auprès des victimes de crime de violence, 60 p. 100 des femmes et 70 p. 100 des hommes ont déclaré que leurs activités quotidiennes n'étaient pas perturbées. Les intervenants devraient savoir que beaucoup de victimes ne font pas état des niveaux de détresse élevés (il faut se souvenir du traumatisme préjugé; Nelson et coll. [2002]). Les travaux de recherche sur les femmes victimes

d'agression sexuelle montrent que leurs réactions sont plus graves et qu'il leur faut plus de temps pour se remettre, comparativement aux victimes d'agressions non sexuelles (Gilboa-Schechtman et Foa [2001]). Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et le degré d'anxiété étaient similaires dans ces deux groupes, mais le degré de dépression était plus élevé dans le groupe des victimes d'agression sexuelle.

Gilboa-Schechtman et Foa [2001] ont aussi examiné les « réactions maximales », qui peuvent intéresser les intervenants. Ce terme désigne le stade où les symptômes qu'éprouve une victime sont les plus vifs. Ces chercheurs ont constaté que plus la réaction maximale tarde à se manifester chez une femme, plus les symptômes qu'elle éprouve sont intenses. En d'autres termes, les victimes qui éprouvent les symptômes les plus intenses peu de temps après l'agression éprouvent aussi le degré de dépression le plus faible et sont le moins atteintes du SSPT. Les intervenants doivent donc surveiller avec soin les symptômes des victimes et porter une attention particulière à celles qui éprouvent des symptômes intenses longtemps après le crime. Ces clientes ont souvent intérêt à suivre un traitement plus intensif sous la direction de spécialistes de la santé mentale.

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

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

bien que la réaction à la victimisation est un phénomène individuel. Dans une thérapie de groupe, il est important aussi de rappeler que les victimes peuvent toutes apprendre quelque chose les uns des autres.

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

Adaptation des interventions aux clients

Si nous devons nous intéresser à la gravité des réactions, c'est principalement pour trouver le meilleur moyen d'aider les victimes à réorganiser leur vie. Pour certaines victimes, des interventions relativement mineures, comme la communication d'information, peuvent être les plus utiles. D'autres, qui ont des réactions plus graves, peuvent avoir besoin d'un soutien plus énergique, comme dans le cadre d'un groupe d'entraide. Enfin, certains clients aux prises avec des réactions graves peuvent devoir être aiguillés vers des spécialistes de la santé mentale ou même hospitalisés. Il ne serait pas normal de donner simplement de l'information à une victime qui éprouve une détresse profonde, comme il ne serait pas normal non plus de conseiller une thérapie à une victime qui s'adapte bien à sa situation. Le tableau 2 présente un modèle qui aidera les intervenants à réfléchir à ces questions. Ce qu'il faut surtout retenir, c'est que les victimes d'actes criminels constituent un groupe diversifié d'individus qui ont des besoins variés. Cette diversité exige que l'intervenant s'adapte à chaque victime et lui fournisse les services qui correspondent le mieux à ses besoins. Il peut être utile que les services administratifs examinent leurs programmes et leurs documents pour déterminer s'il y a des lacunes dans les services ayant trait aux divers niveaux des besoins (p. ex. stratégies claires pour les clients ayant des niveaux de besoins faibles ou élevés, mais moins pour ceux-là qui ont des besoins de niveau moyen).

Tableau 2 : Genres de service selon la gravité de l'état : modèle proposé

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

Victimisation secondaire

La victimisation secondaire est liée à la gravité des réactions, qui peut empirer une situation déjà difficile. Essentiellement, la victimisation secondaire se produit lorsqu'une victime a des contacts avec des spécialistes et du personnel paraprofessionnel et est traumatisée encore davantage par leur attitude. Elle peut se manifester par exemple quand la victime doit répéter le récit du crime, a le sentiment d'être traitée injustement ou a l'impression, devant le comportement des autres, qu'on ne l'écoute pas ou qu'on ne la croit pas. Il faut souligner ici que les victimes se sentent davantage en contact avec les autres quand elles considèrent que les policiers ont été « bienveillants » (Norris et coll. [1997]). Par contre, les expériences négatives avec des spécialistes aggravent les symptômes du stress post-traumatique (Campbell et coll. [1999]) et diminuent la probabilité de leur signalement (Monroe et coll. [2005]). Heureusement, les victimes qui ont reçu des soins de santé mentale après avoir vécu de telles expériences négatives ont vu leur détresse diminuer (Campbell et coll. [1999]). Certains ont préconisé une formation plus poussée pour les intervenants de première ligne (policiers, personnel des urgences) qui sont susceptibles de devoir traiter avec des victimes d'actes criminels (Cederborg et Lamb [2008]; Hamberger et Phelan [2006]).

3.2 Victimisation antérieure

Des chercheurs ont constaté que certaines personnes sont victimes d'actes criminels à répétition durant toute leur vie (Byrne et coll. [1999]; Messman et Long [1996]; Norris et coll. [1997]; Nishith et coll. [2000]; Peleikis et coll. [2004]). Les relations entre les traumatismes sont très complexes : la revictimisation empêche la victime de bien se rétablir après un traumatisme précédent. De plus, la victimisation antérieure a une influence sur la manière dont la victime s'adapte au nouveau traumatisme. En fait, la victimisation répétée interrompt le processus normal de rétablissement de l'individu, surtout si la revictimisation se produit peu de temps après le premier incident (Winkel et coll. [2003]).

Norris et coll. [1997] ont observé que l'acte criminel remet en question la perception qu'a la victime d'elle-même et du monde qui l'entoure. Plusieurs études ont montré que la victimisation antérieure était un prédicteur très significatif, probablement le plus significatif, de la victimisation subséquente (Byrne et coll. [1999]; Messman et Long [1996]; Norris et coll. [1997]; Nishith et coll. [2000]). Selon une étude sur les femmes victimes de violence dans leurs relations, bon nombre avaient été victimes pendant leur enfance et le genre de violence ou de négligence augmentait la probabilité qu'elles éprouvent différents problèmes à l'âge adulte : la violence sexuelle accroît l'anxiété tandis que la négligence affective augmente la dissociation et la dépression (Lang et coll. [2004]). Les femmes ayant subi des agressions sexuelles pendant leur enfance courent un risque accru d'en être encore victimes plus tard (Peleikis et coll. [2004]). De plus, la victimisation antérieure semble aussi influencer sur la manière dont la victime réagit au nouvel incident et réduit sa volonté de signaler le crime aux autorités (Buzawa et coll. [2007]). Des chercheurs ont posé l'hypothèse qu'une faible estime de soi, un sentiment d'impuissance acquise, de faibles compétences et de mauvais choix en relations interpersonnelles, la difficulté à déceler les situations à risque ou la pauvreté peuvent nuire aux choix faits par la personne revictimisée (Byrne et coll. [1999]; Messman et Long [1996]; Nishith et coll. [2000]).

Par ailleurs, les victimes qui ont eu une très mauvaise réaction à la suite d'un traumatisme antérieur sont susceptibles de réagir de la même façon à un nouvel incident (Brunet et coll. [2001]). Dans le fond, la revictimisation nuit au cheminement de la victime qui tente de se rétablir et de réorganiser sa vie. Les intervenants doivent donc interroger leurs clients à propos de traumatismes antérieurs (liés ou non à des actes criminels) et porter une attention particulière aux détails qui pourraient leur donner des indices sur la meilleure façon de répondre aux besoins des victimes. De plus, en posant aux victimes des questions sur la manière dont elles gèrent habituellement les situations stressantes, les intervenants pourraient mieux prévoir comment elles réagiront au traumatisme récent.

3.3 Diagnostics courants chez les victimes d'actes criminels

Les intervenants devraient avoir une connaissance de base des termes diagnostiques qu'ils peuvent trouver dans les dossiers ou entendre quand ils discutent avec des spécialistes de la santé mentale. Les diagnostics qui se rapportent habituellement à la victime d'un acte criminel comprennent l'anxiété, le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) et la dépression (les définitions sont données aux figures 2 et 3)⁴. Des études ont révélé que ces problèmes pouvaient aussi se manifester chez les victimes de violence en milieu de travail (Rogers et Kelloway [2000]), de harcèlement criminel (Löbmann et coll. [2003]; Pimlott-Kubiak et Cortina [2003]), d'agression sexuelle (Byrne et coll. [1999]), d'agression sexuelle dans l'enfance (Hembree et coll. [2004]; McDonagh et coll. [2005]; Merrill, Thomsen, Sinclair, Gold et Milner [2001]; Peleikis et coll. [2004]), de crime avec violence physique dans l'enfance (Hembree et coll. [2004]), de crime avec violence (Byrne et coll. [1999]), de violence liée aux gangs (Ovaert, Cashel et Sewell [2003]) et de violence conjugale (Chemtob et Calson [2004]; Hembree et coll. [2004]; Wolkenstein et Sterman [1998]). On s'intéresse souvent à la question de SSPT chez la victime d'un acte criminel, particulièrement quand la violence est présente (Byrne et coll. [1999]). Plusieurs chercheurs ont constaté que des traitements permettaient d'atténuer les symptômes du SSPT. Les traitements réussis comprennent notamment la possibilité pour la victime de raconter son traumatisme et d'appliquer de nouvelles compétences pour maîtriser ses pensées et ses sentiments (Amstadter et coll. [2007]; Bryant et coll. [2003]; Hembree et Foa [2003]; Nishith et coll. [2002]).

⁴ Les intervenants peuvent rencontrer l'expression trouble de stress aigu, dont les symptômes sont semblables à ceux du SSPT, mais qui dure moins d'un mois (Brewin et coll. [2003]).

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

Il faut souligner que le SSPT est une forme particulière d'anxiété. La peur et l'anxiété peuvent prendre la forme d'une crainte intense ressentie dans certaines situations ou certains lieux publics, de crises de panique, de peurs en général, d'anxiété et du SSPT.

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

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

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

- la peur;
- le sentiment d'impuissance;
- des souvenirs envahissants et récurrents;
- des rêves angoissants;
- des retours sur l'événement;
- une détresse profonde;
- la réactivité physiologique;
- l'évitement, la suppression de pensées et de sentiments;
- d'autres symptômes particuliers comme les troubles du sommeil, l'irritabilité, les explosions de colère, le manque de concentration, l'hypervigilance et la réaction exagérée à la surprise (American Psychiatric Association [1994]).

Figure 3 : La dépression

Les symptômes de la dépression peuvent comprendre :

- la morosité;
- la perte de poids et d'appétit;
- l'insomnie;
- le manque d'énergie;
- le blâme personnel et la culpabilité;
- le sentiment d'être inutile et le désespoir;
- la difficulté de se concentrer;
- des pensées morbides.

(American Psychiatric Association [1994])

Par ailleurs, bon nombre de victimes d'actes criminels sont plongés dans le deuil, surtout celles qui ont perdu un être cher dans un délit d'homicide (Miller [1998]). Le deuil est une réaction normale à une perte; toutefois, les manifestations normales et saines du deuil peuvent être compliquées par de nombreux problèmes, dont la victimisation. Miller [1998] indique qu'en plus des sentiments de tristesse, d'anxiété et de culpabilité souvent ressentis pendant le deuil, les survivants des victimes d'homicide peuvent aussi éprouver de la peur et un besoin extrême de se garder et de garder leurs êtres chers en sécurité. Dans le milieu de la santé mentale, on peut parler de deuil ou de deuil compliqué. Pivar et Prigerson [2004] ont décrit le deuil compliqué comme le fait de manifester des symptômes dont l'intensité ou la fréquence ne diminue pas, qui durent plus longtemps (de deux à six mois) et qui nuisent au travail, aux études et à la vie sociale ou familiale de la personne (Pivar et Prigerson [2004]). Chez les personnes qui ont perdu un être cher, les intervenants doivent surveiller a) la solitude; b) les pensées envahissantes au sujet de la personne; c) le vide immense créé par la personne; d) la recherche de la personne. Voici d'autres symptômes qui devraient amener les intervenants à recommander la personne à des spécialistes de la santé mentale :

- l'indécision ou le sentiment de futilité au sujet de l'avenir;
- la paralysie ou le détachement;
- la difficulté d'admettre la mort;
- le sentiment que la vie est vide ou sans signification;
- le sentiment qu'une partie de soi est morte;
- le fait d'avoir une vue éclatée du monde (perte du sentiment de sécurité, de confiance et de contrôle);

- le fait d'assumer les symptômes ou le comportement préjudiciable de la personne décédée;
- un excès d'irritabilité, d'amertume ou de colère concernant le décès (Pivar et Prigerson [2004], p. 279).

Il importe de reconnaître que vous ne pouvez pas comparer directement une perte à une autre. Les intervenants doivent en outre être sensibilisé aux normes culturelles de la victime pour comprendre la différence entre un deuil normal et un deuil compliqué (American Psychiatric Association [1994]; Nordanger [2007]; Pivar et Prigerson [2004]). Une ligne de conduite facile à suivre à ce sujet consiste à utiliser la propre définition de la personne pour déterminer si elle est dépassée par le deuil et si elle a besoin d'aide. Il peut également être utile de consulter des collègues qui ont de l'expérience dans le domaine ou de demander à des membres de la même culture ce qui est normal dans leur groupe. Les intervenants pourraient aussi se fier à ces sources pour recommander des rituels propres à cette culture ou les personnes-ressources appropriées (Nordanger [2007]). Dans ces situations, il faut toujours s'efforcer de protéger l'identité du client.

Des chercheurs ont constaté que les crimes de violence et les mécanismes d'adaptation négatifs étaient des prédicteurs du SSPT, de l'anxiété et de la dépression à des degrés divers (Dempsey [2002]; Green et Pomeroy [2007b]). Daley et coll. [2000] ont observé pour leur part qu'un plus grand nombre d'agents stressants chroniques, comme le stress ressenti par une victime de violence conjugale, sont plus susceptibles de mener à l'épuisement de la victime. D'autre part, un stress intense, comme un épisode unique d'agression par un inconnu, peut aggraver un état dépressif. Dans une étude portant sur des adolescents victimes d'actes de violence, Kilpatrick et coll. [2003] ont constaté que près de 75 p. 100 des adolescents atteints du SSPT avaient aussi un problème d'abus de substances toxiques ou souffraient d'un état dépressif. Certains chercheurs recommandent que les traitements dans ces cas ciblent en même temps le problème d'alcoolisme et de toxicomanie et le SSPT afin d'accroître les chances de succès (Amstadter et coll. [2007]). Gilboa-Schechtman et Foa [2001] ont observé que les victimes d'agression sexuelle, comparativement aux victimes d'agression non sexuelle, étaient plus susceptibles de souffrir de dépression. Selon ces chercheurs, l'anxiété et le SSPT sont communs à tous les traumatismes tandis que la dépression est caractéristique de certains types de traumatismes seulement, comme l'agression sexuelle (Gilboa-Schechtman et Foa [2001]).

Quand on étudie le SSPT, on se demande souvent pourquoi certains individus en sont atteints alors que d'autres ne le sont pas. Des études ont montré que les facteurs suivants augmentent le risque de développer le SSPT ou de nuire au rétablissement :

- les facteurs liés à un traumatisme ou à un acte criminel (par exemple la gravité du traumatisme provoqué par une agression sexuelle) (Brewin et coll. [2000]; Gilboa-Schechtman et Foa [2001]; Ozer et coll. [2003]);
- le délinquant est connu de la victime (Gutner et coll. [2006]) ou d'un parent (Ullman et coll. [2006])⁵;
- l'absence de soutien social (Brewin et coll. [2000]; Gutner et coll. [2006]; Ozer et coll. [2003]) ou la réaction médiocre de la part des aidants (Mueller et coll. [2008]);
- les autres stress de la vie (Brewin et coll. [2000]; Ozer et coll. [2003]);
- la manifestation antérieure du SSPT (Brunet et coll. [2001]; Ozer et coll. [2003]);
- la dissociation pendant la perpétration du crime ou immédiatement après (Ozer et coll. [2003]);
- le signalement d'actes de violence subis pendant l'enfance (Brewin et coll. [2000]; Hembree et coll. [2004]; Peleikis et coll. [2004]).

Les chercheurs ont observé un lien moindre entre l'apparition du SSPT et les facteurs suivants :

- un traumatisme antérieur (Brewin et coll. [2000]; Ozer et coll. [2003]; Scarpa et coll. [2006]);
- des antécédents psychiatriques personnels (Brewin et coll. [2000]; Ozer et coll. [2003]), la dépression en particulier (Ozer et coll. [2003]);
- des antécédents psychiatriques familiaux (Brewin et coll. [2000]; Ozer et coll. [2003]);
- l'éducation (Brewin et coll. [2000]);
- des antécédents d'agression dans l'enfance (Brewin et coll. [2000]);
- le sexe (Brewin et coll. [2000]);
- l'âge au moment du traumatisme (Brewin et coll. [2000]);
- la race (Brewin et coll. [2000]).

Fort heureusement, les spécialistes de la santé mentale peuvent venir en aide aux patients qui éprouvent de tels troubles. Les traitements médicaux et psychologiques peuvent s'avérer efficaces. Les chercheurs

⁵ Ullman et coll. [2006] ont également constaté que les victimes des délinquants qui étaient des étrangers manifestaient plus de symptômes du SSPT.

collaborent avec les cliniciens afin de concevoir les meilleurs traitements possibles. Ainsi, le traitement du SSPT comprend souvent un élément d'exposition où le sujet doit affronter psychologiquement sa peur et son anxiété en discutant ou en parlant du crime et de tout ce qui lui rappelle le crime (Bryant et coll. [2003]; Hembree et Foa [2003]; Kamphuis et Emmelkamp [2005]; Kubany et coll. [2004]; McDonagh et coll. [2005]; Nishith et coll. [2002]). Les intervenants qui n'ont pas reçu de formation dans ce domaine doivent se rappeler qu'il est important de consulter des spécialistes de la santé mentale et de leur recommander les clients, au besoin. Cela est d'autant plus important que bien des victimes peuvent souffrir d'une combinaison de troubles (SSPT, autres troubles anxieux, dépression, alcoolisme ou toxicomanie, troubles de la personnalité, etc.) qui peuvent nuire à leur réponse aux interventions (Amstadter et coll. [2007]; Chemtob et Calson [2004]; Clarke et coll. [2008]).

Une méthode de traitement relativement récente des traumatismes dont les intervenants peuvent avoir entendu parler est appelée désensibilisation des mouvements oculaires et retraitement ou EMDR (Shapiro [1995]). Même si le présent guide ne vise pas à décrire en détail un traitement en particulier, disons que l'EMDR gagne en popularité, et il se peut que certains clients le suivent déjà. En bref, dans le cadre de l'EMDR, le thérapeute demande au patient de se concentrer sur le traumatisme (images, pensées, etc.), d'évaluer les qualités négatives et de modifier son mode de pensée au sujet du traumatisme ou de la réaction qu'il a eue pendant le traumatisme. Le thérapeute amène alors le patient à suivre son doigt qu'il déplace rapidement de droite à gauche devant son visage (Shapiro [1995]). Un vif débat a cours dans les textes publiés quant à l'efficacité de l'EMDR, mais des études sur des victimes d'actes criminels montrent une réduction des symptômes du SSPT comparativement aux groupes témoins placés sur une liste d'attente ainsi que des résultats comparables pour d'autres traitements du SSPT (Hembree et Foa [2003]).

Les intervenants voudront aussi consulter des spécialistes des soins de santé lorsqu'ils travailleront auprès de familles ou d'enfants victimes d'actes criminels. Les enfants victimes d'actes criminels ont souvent des réactions semblables à celles des adultes (Cohen et coll. [2003]). Toutefois, il peut y avoir des questions de développement importantes que les experts en développement des enfants pourront évaluer (Pine et coll. [2005]). Malgré ces questions, les intervenants peuvent trouver que les traitements que les spécialistes prodiguent aux enfants sont semblables à ceux que les adultes reçoivent (Cohen et coll. [2003]).

3.4 Quand adresser un client à un spécialiste de la santé mentale?

En ce qui concerne la recherche d'aide, Norris et coll. [1997] ont constaté qu'environ 12 p. 100 des victimes ont eu recours à des services de santé mentale. La plupart avaient été victimes d'un crime de violence. Ces chercheurs ont noté que la violence et la dépression étaient les principaux prédictors du besoin d'aide et que, besoin est de le noter, l'aide d'un spécialiste n'était efficace que si elle était prompte et suivie (Norris et coll. [1997]). La plupart des organismes de services d'aide aux victimes au Canada (81 p. 100) indiquent qu'ils peuvent aider les victimes ayant des problèmes de santé mentale, surtout en concertation avec les services de santé mentale (Brzozowski [2007]).

Les intervenants du domaine de la santé mentale peuvent venir en aide aux patients les plus difficiles. Même si beaucoup de victimes peuvent tirer profit des services classiques, certaines d'entre elles ont parfois besoin d'un traitement plus intensif donné par des spécialistes du domaine de la santé mentale. C'est le cas des victimes qui sont atteintes d'une maladie mentale, qui éprouvent une réaction grave au stress, qui sont plongées dans un deuil compliqué, qui ont des antécédents de vie complexes ou qui sont aux prises avec d'autres types de problèmes. Comme le souligne Lawson [2001], la plupart des spécialistes ont reçu la formation nécessaire pour comprendre les différents types d'agression et peuvent aider les clients à maîtriser leurs émotions, à acquérir de nouvelles compétences, à résoudre leurs problèmes et à planifier. Les spécialistes peuvent en outre aider les victimes à entrer en contact avec les services de soutien social et seconder les aidants naturels. En résumé, les spécialistes peuvent aider leurs patients à s'adapter à la situation (Gorman [2001]).

Pour faire un travail efficace comme intervenant, il est important que vous connaissiez vos limites. Pour cela, vous devez consulter vos supérieurs et vos collègues de travail. Par conséquent, il n'y a pas de règles précises pour déterminer quand vous devez diriger un client vers des services plus spécialisés. Cependant, certains facteurs peuvent vous indiquer qu'une telle décision serait à l'avantage de votre client. De toute évidence, les ressources et les mesures de soutien disponibles dans votre région influenceront sur les autres mesures de soutien auxquelles vous et la victime pouvez avoir accès. Cela ne signifie pas

que vous ne pouvez pas traiter ce client, mais plutôt que vous devez envisager le diriger vers un spécialiste de la santé mentale lorsque vous croyez que vous avez besoin d'aide. Voici une liste de situations qui pourraient vous amener à faire une telle recommandation :

1. Vous pensez que le client souffre de dépression, d'anxiété, du syndrome du stress post-traumatique, de dissociation continue ou d'autres problèmes de santé mentale (surtout s'il abuse de l'alcool ou de drogues).
2. Il y a des problèmes de deuil compliqué qui empêchent le client de faire des progrès.
3. La possibilité d'un suicide ou d'auto-mutilation existe.
4. Des représailles ou le fait de causer des préjudices à d'autres personnes constituent une préoccupation (ce qui peut vous obliger à contacter la police ou d'autres autorités).
5. Certaines émotions intenses (colère, tristesse, deuil) dépassent les limites de vos compétences ou de vos ressources.
6. Le patient s'entête et ne semble pas motivé.
7. Le patient ne semble pas bénéficier beaucoup d'un effort autonome, de sa participation aux groupes d'entraide ou des autres interventions.
8. La situation du patient ne semble pas s'améliorer malgré ses efforts et sa motivation.
9. Le patient a de lourds antécédents complexes de victimisation ou d'agression.
10. Le patient a de lourds antécédents de problèmes de santé mentale ou d'alcoolisme et de toxicomanie.

Les intervenants qui travaillent dans des régions plus éloignées devraient communiquer avec les spécialistes locaux de la santé afin de connaître les meilleurs moyens de répondre aux besoins des victimes en général. De tels partenariats peuvent s'avérer très utiles pour obtenir de l'information nouvelle et du soutien professionnel. Pour recevoir des conseils ou faire superviser leur travail, les intervenants en régions éloignées peuvent aussi recourir aux consultations à distance, à l'aide du téléphone, du courrier électronique ou des vidéoconférences. Les systèmes de télémédecine peuvent aussi servir à l'exécution de la thérapie, alors que les services de soutien locaux s'occupent de la victime et peuvent participer à la thérapie en collaboration avec un spécialiste établi ailleurs. Il est aussi possible d'inviter des spécialistes à venir animer des ateliers, faire de la supervision ou donner des traitements d'urgence. Les intervenants doivent surtout être très prudents lorsqu'ils analysent en profondeur

sans supervision les problèmes complexes des victimes. Cette situation est parfois inévitable, par exemple lorsque la victime est disposée à s'attaquer à de tels problèmes. Lorsqu'une situation dépasse les limites de sa compétence, l'intervenant doit absolument consulter d'autres spécialistes. Le respect du patient et des principes de déontologie exige que l'intervenant reconnaisse ses propres limites.

3.5 Notions de base

Réactions

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

Tableau 1 – Réactions courantes des victimes d'un crime

Humeur et émotions	Social	Pensée/ souvenirs	Physique
Peur/phobies ^{1, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 19, 21, 25, 28, 13, 14, 31,}	Changements des relations avec les autres ^{2, 6 19, 28, 13, 14}	Souvenirs envahissants ²	Nausée ^{1, 13,}
Colère/hostilité ^{1,} 2, 3, 4, 7, 18, 19 20, 24, 28, 31	Évitement ^{5, 7, 13}	Faible auto-efficacité ^{2, 28,}	Problèmes d'estomac ^{1, 13, 21}
Embarras ¹	Aliénation ^{5, 17}	Vigilance ^{2, 13}	Tension musculaire ¹
Anxiété ^{2, 5, 7, 13, 27}		Rappels de l'événement ^{5, 13,}	Troubles du sommeil ^{2, 13}
Dépression ^{2, 4, 6, 16,} 18, 19, 20, 22, 13, 27		Confusion/manque de concentration ^{4,} 5, 13	Perte de poids ^{17, 19}
Affliction ^{1, 2, 4 21, 24,} 26, 13, 14		Dissociation ^{4, 31, 13}	Maux de tête ^{17, 19}
Culpabilité, honte 4, 5, 6, 11, 12, 15, 29, 30		Remise en question des croyances spirituelles ¹³	Vertiges ¹³
Émotions difficiles à maîtriser ⁴			Sensations corporelles de chaleur ou de froid ¹³
Apathie/torpeur ^{5,} 13			
Faible estime de soi ^{7, 15, 17, 19, 23}			

Tableau 1 – Réactions courantes des victimes d'un crime (*suit*)

¹ Casarez-Levison [1992]	¹⁰ Boeckmann et Turpin- Petrosino [2002]	²¹ Manktelow [2007]
² Everly et coll. [2000]	¹¹ Courtois [2004]	²² Miller et Heldring [2004]
³ Greenberg et Ruback [1992]	¹² Danieli et coll. [2004]	²³ Mock [1995]
⁴ Leahy et coll. [2003]	¹³ Daniels et coll. [2007]	²⁴ Nordanger [2007]
⁵ Mezy [1988]	¹⁴ DeValve [2005]	²⁵ Orth et coll. [2008]
⁶ Nishith et coll. [2002]	¹⁵ Dunbar [2006]	²⁶ Pivar et Prigerson [2004]
⁷ Norris et coll. [1997]	¹⁶ Gabriel et coll. [2007]	²⁷ Spataro et coll. [2004]
	¹⁷ Garnetts et coll. [1990]	²⁸ Staub [1996]
Références mises à jour :	¹⁸ Herek et coll. [1997]	²⁹ Thielman [2004]
⁸ Amstadter et coll. [2007]	¹⁹ Janoff [2005]	³⁰ Wertheimer [1990]
⁹ Boccellari et coll. [2007]	²⁰ Lebel et Ronel [2005]	³¹ Young et coll. [2007]

Gravité de la réaction

Toutes les victimes d'actes criminels éprouvent une certaine détresse (Norris et coll. [1997]). Les recherches montrent que la violence qui accompagne l'acte criminel rend plus grave la réaction des victimes et qu'environ 50 p. 100 des victimes d'un crime avec violence éprouvent un sentiment de détresse allant de modérée à grave (Norris et coll. [1997]).

Les victimes d'agression sexuelle ont des réactions plus graves et il leur faut plus de temps pour se remettre, comparativement aux victimes d'agression non sexuelle (Gilboa-Schechtman et Foa [2001]).

Les intervenants doivent être prudents quand ils forment des groupes réunissant des clients ayant des réactions graves et d'autres qui ont des réactions plus faibles. La comparaison sociale (se sentir mieux ou pire) avec les autres membres du groupe peut nuire au traitement si elle n'est pas correctement encadrée (Greenberg et Ruback [1992]). Pour le bien de leurs clients, les intervenants doivent s'efforcer d'adapter le mieux possible les traitements aux besoins individuels des premiers (voir le tableau 2).

Tableau 2 – Genres de service selon la gravité de l'état : modèle proposé

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

- Les femmes risquent d'éprouver des réactions plus graves parce qu'elles sont plus susceptibles que les hommes d'être victimes d'agressions sexuelles ou d'actes criminels répétés (y compris les agressions sexuelles) (Pimlott-Kubiak et Cortina [2003]).
- Les spécialistes doivent prendre garde de ne pas aggraver la détresse des victimes (victimisation secondaire) en n'étant pas assez sensibles à l'état d'esprit de ces dernières (Campbell et coll. [1999]).

Victimisation antérieure

Des chercheurs ont montré que la victimisation antérieure était un prédicteur très significatif de la victimisation subséquente (Byrne et coll. [1999]; Messman et Long [1996]; Norris et coll. [1997]; Nishith et coll. [2000]). Les victimes qui ont eu une mauvaise réaction à la suite d'un traumatisme antérieur sont susceptibles d'avoir une mauvaise réaction à un nouvel incident (Brunet et coll. [2001]).

La victimisation antérieure a tendance à influencer sur la manière dont la victime réagit à un nouvel acte criminel, peut-être en raison d'une faible estime de soi, d'un sentiment d'impuissance acquise, de faibles compétences et de mauvais choix en relations interpersonnelles, de la difficulté à déceler les situations à risque ou de la pauvreté (Byrne et coll. [1999]; Messman et Long [1996]; Nishith et coll. [2000]). Ces résultats de recherche nous rappellent que nous devons aller au-delà des particularités de l'acte criminel et poser des questions sur les antécédents en matière de traumatisme afin d'intégrer cette information à nos interventions.

Diagnostics courants chez les victimes d'actes criminels

Les diagnostics qui se rapportent habituellement à la victimisation comprennent la dépression, l'anxiété et le syndrome de stress post-traumatique (SSPT).

Les symptômes de la dépression peuvent comprendre la morosité, la perte de poids ou d'appétit, l'insomnie, le manque d'énergie, le blâme personnel ou le sentiment de culpabilité, le sentiment d'être inutile ou de désespoir, la difficulté de se concentrer et des pensées morbides (American Psychiatric Association [1994]).

Les symptômes de l'anxiété peuvent comprendre la peur, la détresse, l'inquiétude ou certains symptômes physiques comme la transpiration, les tremblements, la respiration difficile, les nausées, les douleurs thoraciques, les étourdissements, de même que les changements de comportement (évitement, rituels, etc.) et l'adoption de comportements visant à atténuer la détresse (American Psychiatric Association [1994]).

Le SSPT est une forme d'anxiété liée à un événement particulier comme un crime, une catastrophe naturelle ou un accident (American Psychiatric Association [1994]). Les symptômes du SSPT peuvent comprendre la peur, un sentiment d'impuissance, des souvenirs envahissants et récurrents, des cauchemars, des retours sur l'événement, la détresse profonde, l'extrême nervosité, l'évitement ou la suppression de pensées et ou de sentiments et d'autres symptômes particuliers comme les troubles du sommeil, l'irritabilité, les accès de colère, le manque de concentration, l'hypervigilance et la réaction exagérée à la surprise (American Psychiatric Association [1994]).

Le deuil compliqué ou le deuil intense qui dure pendant une longue période peut constituer un problème chez certaines victimes et leurs survivants.

Les facteurs de risque pouvant provoquer le SSPT comprennent les facteurs liés à un traumatisme ou à un acte criminel (Brewin et coll. [2000]; Gilboa-Schechtman et Foa [2001]; Ozer et coll. [2003]), l'absence de soutien social (Brewin et coll. [2000]; Ozer et coll. [2003]), les autres stress de la vie (Brewin et coll. [2000]; Ozer et coll. [2003]), la manifestation antérieure du SSPT (Brunet et coll. [2001]; Ozer et coll. [2003]) et la dissociation pendant la perpétration du crime ou immédiatement après (Ozer et coll. [2003]).

Quand faut-il adresser un patient à des spécialistes de la santé mentale?

Les intervenants doivent réfléchir avec soin à la possibilité de recommander des clients à des spécialistes de la santé mentale. S'ils n'ont pas reçu de formation dans le domaine de la santé mentale, ils devraient consulter des spécialistes et leur confier les patients, au besoin. Les partenariats avec les services de santé, la télémédecine, la consultation et les spécialistes itinérants sont des solutions possibles pour les intervenants des régions éloignées.

4.0 Les stratégies d'adaptation des victimes

Les intervenants doivent aussi s'intéresser aux stratégies d'adaptation des victimes. Les victimes doivent surmonter beaucoup de difficultés : le choc provoqué par l'acte criminel, les rapports avec la police et les tribunaux, les réactions des autres, le retour à la « normale », le sentiment d'insécurité, le blâme personnel, etc. Les chercheurs affirment que les victimes, même si elles parviennent à se tirer d'affaire relativement bien, ne semblent pas retrouver le même niveau de stress qu'elles éprouvaient avant le crime (Hagemann [1992]; Norris et coll. [1997]; Resick et coll. [2002]). Même si, avec le temps, la victime peut arriver à reprendre une vie « normale », la victimisation semble toutefois provoquer des effets qui s'avèrent durables (Gilboa-Schechtman et Foa [2001]; Norris et coll. [1997]). Grâce à bonne connaissance des diverses stratégies d'adaptation auxquelles les victimes peuvent recourir, les intervenants seront en mesure d'aider les victimes à examiner pendant ce temps les options possibles et adopter des stratégies nouvelles et plus efficaces. De plus, en surveillant chez les victimes la mise en application de ces stratégies, les intervenants pourront mieux évaluer les progrès de leurs clients, car les recherches montrent que les victimes ont tendance à délaissier les techniques d'adaptation à mesure que leur état s'améliore (Calhoun et Atkeson [1991]).

En outre, nous négligeons souvent le stress de la vie ordinaire lorsque nous portons tout l'intérêt à la détresse et aux stratégies d'adaptation des victimes. Les victimes d'actes criminels continuent de faire face au même stress que les autres dans leur famille, dans leurs relations et dans leur vie. Le stress que subit la victime d'un acte criminel s'ajoute donc aux autres facteurs de stress. Une étude récente a révélé que les victimes d'actes criminels qui ont un emploi courent un risque accru d'utiliser de piètres stratégies d'adaptation (Boccellari et coll. [2007]). Ces chercheurs soutiennent que ce phénomène s'explique par le fait que le stress au travail empêche de choisir efficacement des stratégies de guérison. Les intervenants doivent se rappeler qu'ils ne doivent pas se limiter à la détresse causée par le crime et à l'adaptation de la victime, mais tenir compte d'autres facteurs de stress dans la vie de celle-ci. Ils peuvent diriger les clients vers les services de soutien appropriés. Par exemple, une victime ayant de faibles aptitudes à la lecture qui ne peut pas lire les brochures d'instruction ou participer à part entière aux discussions des groupes de soutien pourrait être orientée vers des programmes d'alphabétisation communautaires.

Avant d'examiner les diverses stratégies d'adaptation, une précision importante s'impose. Les travaux de recherche font une nette distinction entre l'adaptation positive et l'adaptation négative. L'adaptation positive vise à nous transformer ou à attaquer le problème de front (par exemple le soutien social, la résolution des problèmes, la recherche d'information). L'adaptation négative, en règle générale, ne porte pas sur les agents stressants ou notre réaction (par exemple le blâme dirigé vers les autres, le retrait, la résignation, l'autocritique, l'agression, les idées chimériques, la consommation d'alcool ou de drogue). Dempsey (2002) a constaté que les stratégies d'adaptation négatives pouvaient aggraver l'état de l'individu.

Cette distinction entre l'adaptation positive et l'adaptation négative n'est pas simple. Certains chercheurs ont observé que certaines stratégies d'adaptation comme l'évitement ou la dissociation pouvaient aider l'individu à surmonter les effets du choc initial, mais aggravaient son état à mesure que le temps passait (Hagemann [1992]; Harvey et Bryant [2002]; Ullman [1999]). De plus, les normes culturelles peuvent entrer en ligne de compte, car les stratégies d'adaptation considérée comme négatives dans la société canadienne générale pourraient être considérées comme normales dans certaines sous-cultures (voir Nordanger [2007] pour un examen de l'évitement et du deuil).

Les intervenants doivent évaluer chaque personne pour décider si ses stratégies d'adaptation l'aident à survivre ou à faire des progrès ou si elles lui nuisent plutôt. Il faut considérer la victime comme quelqu'un qui se retient à une petite branche d'arbre pour éviter de tomber dans un précipice : sa situation est précaire, mais tant qu'elle n'aura pas d'autre option, elle ne lâchera pas prise! L'intervenant doit aider le client à remplacer les stratégies d'adaptation qui ne fonctionnent pas par des stratégies plus positives – et non simplement à supprimer les stratégies négatives. Il ne faut oublier que les victimes d'actes criminels sont un groupe diversifié; l'intervenant doit donc évaluer chaque individu afin de comprendre ses réactions personnelles. Le tableau 3 énumère les stratégies d'adaptation les plus courantes auxquelles peuvent recourir les victimes d'actes criminels. Nous commenterons chacune d'elles brièvement.

Tableau 3 : Stratégies d'adaptation habituelles

Stratégies positives	Stratégies négatives
Recherche d'information ⁵	Évitement des souvenirs du crime, ^{2, 5, 13, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28}
Autocomparaison et mise en évidence des éléments positifs de la victimisation ^{1, 5, 11, 19}	Évitement comportemental – Consommation de drogues ou d'alcool
Comparaison sociale ^{4, 5, 8, 19}	Déni et automystification ^{13, 18, 19, 20, 26}
Activités visant à reprendre sa situation personnelle en main ^{4, 5, 26}	Dissociation ^{6, 10, 15}
Activisme ⁵	Remémoration obsessionnelle du crime ^{4, 7}
Prendre du temps pour se rétablir ^{3, 5, 15, 17}	Automutilation ^{29, 30}
Adaptation axée sur l'émotion ^{23, 24}	
Obtention d'un soutien ^{2, 4, 9, 14, 15, 23, 24}	

¹ Davis et coll. [1998]

² Everly et coll. [2000]

³ Gilboa-Schechtman et Foa [2001]

⁴ Greenberg et Ruback [1992]

⁵ Hagemann [1992]

⁶ Harvey et Bryant [2002]

⁷ Holman et Silver [1998]

⁸ Layne et coll. [2001]

⁹ Leymann et Lindell [1992]

¹⁰ Martínez-Taboas et Bernal [2000]

¹¹ McFarland et Alvaro [2000]

¹² Mezy [1888]

¹³ Mikulincer et coll. [1993]

¹⁴ Nolen-Hoeksema et Davis [1999]

¹⁵ Norris et coll. [1997]

¹⁶ Ozer et coll. [2003]

¹⁷ Resick et coll. [2002]

¹⁸ Stillwell et Baumeister [1997]

¹⁹ Thompson [2000]

²⁰ Ullman [1999]

²¹ Wolkenstein et Serman [1998]

Références mises à jour

²² Daniels, Bradley et Hays [2007]

²³ Green et Diaz [2007]

²⁴ Green et Diaz [2008]

²⁵ Janoff [2005]

²⁶ Löbmann et coll. [2003]

²⁷ Manktelow [2007]

²⁸ Nordanger [2007]

²⁹ Peleikis et coll. [2004]

³⁰ Ystgaard et coll. [2004.]

4.1 Stratégies d'adaptation positives

Recherche d'information

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

Recadrage cognitif de la victimisation : autocomparaison et mise en évidence des aspects positifs du fait d'avoir survécu

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

En termes simples, cette stratégie revient à dire : « Ce qui ne me tue pas me rend plus fort. » Le fait de se tirer avec succès d'une situation difficile semble inciter les victimes à s'estimer fortes (Thompson [2000]), et plus la situation est difficile, plus cet effet est considérable (McFarland et Alvaro [2000]). En fait, les gens ont souvent tendance à considérer qu'ils étaient beaucoup plus faibles avant l'événement, même si ce n'est pas le cas (McFarland et Alvaro [2000]). C'est peut-être là une façon de voir quelque chose de positif dans une situation qui est de toute évidence difficile (Davis et coll. [1998]). Tugade et Fredrickson [2007] examinent comment les personnes qui ont du ressort peuvent trouver un sens positif dans des événements négatifs.

Recadrage cognitif de la victimisation : comparaison sociale

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

Activités permettant de reprendre le contrôle de soi

Les victimes peuvent aussi se livrer à des activités qui leur donnent l'impression de reprendre le contrôle de leur vie. Par exemple, une victime d'agression peut prendre des cours d'autodéfense, (Hagemann [1992]) tandis que la victime d'un autre acte criminel peut déposer des accusations et suivre les procédures devant les tribunaux (Greenberg et Ruback [1992]).

Activisme

Il semble que certaines victimes recouvrent leur équilibre en devenant activistes ou en prenant la défense des droits des victimes (Hagemann [1992]). Elles mettent ainsi leur expérience au service de la société et souhaitent la changer afin qu'il y ait moins de victimes ou que celles-ci reçoivent un traitement plus équitable.

Adaptation axée sur les émotions

L'adaptation axée sur les émotions consiste à entreprendre des activités qui visent à changer directement les sentiments de la victime (réflexion positive, relaxation, expression des émotions, distraction). Selon une étude récente, l'adaptation axée sur les émotions peut aider à réduire le stress et à améliorer l'auto-évaluation par la victime de sa stratégie d'adaptation (Green et Diaz [2007 et 2008]). Par ailleurs, ces chercheurs ont constaté que l'adaptation axée sur les problèmes (stratégies qui portent sur le changement des actions de la victime selon la situation) accroît le trouble émotionnel. Ce lien était plus solide chez les femmes que chez les hommes.

Soutien social

Les victimes d'actes criminels se sentent souvent mal (Casarez-Levison [1992]) et peuvent aller chercher le soutien des autres (Greenberg et Ruback [1992]; Leymann et Lindell [1992]; Norris et coll. [1997]; Steel et coll. [2004]). Les recherches montrent que les gens qui obtiennent un soutien social positif s'adaptent mieux (Nolen-Hoeksema et Davis [1999]; Steel et coll. [2004]). De plus, il semble même que la croyance de pouvoir obtenir du soutien aide parfois les victimes à se sentir mieux (Green et Diaz [2007]), surtout si elles sont prises de colère (Green et Pomeroy [2007]). Les aidants naturels (famille, amis, etc.) et les aidants professionnels (policiers, avocats, membres du clergé, personnel médical et spécialistes de la santé mentale) peuvent tous fournir une assistance aux victimes. Bien que la décision de choisir le type de soutien appartienne à la victime, celle qui a recours aux aidants naturels est aussi plus susceptible de recourir à l'assistance professionnelle, surtout si elle a l'impression d'être bien épaulée (Norris et coll. [1997]). Les gens qui viennent en aide aux victimes peuvent leur donner de l'information, leur tenir compagnie, leur faire accepter la réalité, leur offrir du soutien affectif et leur fournir de l'aide financière ou un logement sûr (Everly et coll. [2000]). Le soutien reçu semble également réduire l'anxiété de la victime (Green et Pomeroy [2007]). Selon un sondage récent mené au Canada, 60 p. 100 des victimes d'un crime de violence et 80 p. 100 des victimes d'un crime non violent cherchent à obtenir de l'aide auprès leur famille (AuCoin et Beauchamp [2007]).

Selon l'observation de Norris et coll. [1997], il est bon pour la victime de raconter son expérience à d'autres personnes et d'exprimer ses sentiments. Le fait de raconter ce qu'elle a vécu semble aider la victime à donner un sens à l'événement et à ses émotions (Greenberg et Ruback [1992]). Cela peut l'aider aussi à se débarrasser des sentiments qui la troublent et à accepter la réalité quant à ses pensées, ses actes et ses sentiments (Greenberg et Ruback [1992]; Leymann et Lindell [1992]; Nolen-Hoeksema et Davis [1999]; Norris et coll. [1997]). Les victimes sont souvent en mesure de définir elles-mêmes le type de soutien qu'elles veulent. Les renseignements présentés au tableau 4 ont pour but de permettre aux intervenants de réfléchir au genre de soutien à offrir à la victime pour répondre à ses besoins. Nous devons éviter d'offrir aux victimes le genre de soutien qui nous semble correspondre à leurs besoins au lieu de les consulter.

Tableau 4 : Genres de soutien

(établis d'après Leymann et Lindell [1992]).

Genre de soutien	Description
Émotionnel	Estime, intérêt, écoute et attention portée surtout aux sentiments et aux réactions de la victime
Appréciatif	Comparaison sociale, affirmation et rétroaction visant à aider la victime à donner un sens à son expérience
Informatif	Conseils, suggestions, directives et information
Matériel	Soutien matériel : argent, hébergement, temps ou effort

Soutien perçu et soutien réel

Les intervenants doivent se rappeler que le soutien réel (comme participer à un groupe de soutien ou rencontrer un conseiller) et le soutien perçu (savoir par exemple que l'aide est disponible en cas de besoin) sont tous deux utiles pour la victime. Le soutien perçu contribue à atténuer la peur, la dépression et les symptômes du stress post-traumatique (Norris et coll. [1997]; Ozer et coll. [2003], Steel et coll. [2004]). Cette constatation peut s'expliquer par le fait que les gens doivent savoir qu'ils peuvent obtenir de l'aide s'ils en ont besoin et que les autres se soucient de leur sort. En fait, il y a un lien entre une

mauvaise réaction des aidants et l'accroissement de la détresse de la victime (Mueller et coll. [2008]). C'est pourquoi le simple fait de savoir qu'il y a un service d'aide aux victimes dans la collectivité peut aider bien des victimes sur la voie du rétablissement – même si elles n'ont pas recours à ce service. Évidemment, le recours à ce type de service est également profitable aux victimes (Norris et coll. [1997]; Ozer et coll. [2003]).

Aidants professionnels et aidants naturels

Certaines victimes affirment que leurs aidants naturels leur sont plus utiles que les aidants professionnels (Leymann et Lindell [1992]); toutefois, dans certains cas, elles peuvent préférer faire appel à des spécialistes. Une étude récente auprès de victimes de violence conjugale montre que les femmes victimes du « terrorisme intime » (violence continue fondée sur le pouvoir et le contrôle) étaient plus susceptibles de recourir à des services de soutien professionnel que les femmes victimes de la violence de leur partenaire à cause de conflits particuliers (Leahy et coll. [2004]). Selon d'autres études, les attitudes culturelles concernant la victimisation (p. ex. la honte associée au fait d'être victime d'une agression sexuelle) peuvent influencer sur la décision de recourir à des aidants professionnels ou naturels (Yamawaki [2007]). Il est probable que la victime décide de la meilleure source de soutien en se fondant sur ses propres attitudes, attentes, besoins et antécédents.

Les intervenants et les victimes doivent savoir que les personnes qui font partie du réseau de soutien naturel d'une victime peuvent être moins préparées à faire face aux problèmes qu'éprouve la victime. Au départ, les aidants naturels peuvent s'avérer utiles, mais ils peuvent commettre des erreurs ou devenir dépassés par l'ampleur de la tâche (Mikulincer et coll. [1993]; Nolen-Hoeksema et Davis [1999]). Une étude récente sur la victimisation et le SSPT a révélé que les aidants naturels n'étaient pas aussi utiles aux personnes qui avaient été victimes de crimes à de multiples reprises (Scarpa et coll. [2006]). Dans le pire des cas, ces personnes peuvent ne pas croire la victime ou à avoir une réaction négative, aggravant ainsi sa détresse (Leahy et coll. [2003]; Mueller et coll. [2008]). Certaines victimes ont l'impression que leurs aidants habituels commencent à éviter le contact avec elles parce qu'ils ne savent pas quoi faire (DeValve [2005]). Dans tous les cas, il peut arriver que le réseau social de la victime « s'épuise » et que celle-ci se sente alors abandonnée, isolée et incomprise.

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

Pour toutes ces raisons, certaines victimes peuvent juger préférable de s'adresser à des aidants professionnels. Dans un monde idéal, la plupart des spécialistes auraient appris à écouter, à manifester de l'empathie, à aplanir les difficultés et à offrir une gamme de services thérapeutiques. Ils devraient aussi être mieux préparés à écouter les récits et les histoires personnelles plusieurs fois répétés et plus en mesure de déterminer et d'offrir le type de soutien dont chaque victime a besoin. Enfin, la victime n'a pas à se soucier d'une possible rupture du lien interpersonnel, car la relation avec le spécialiste a pour seul but de traiter le traumatisme provoqué par le crime. Les spécialistes devraient aussi être moins susceptibles d'imposer leurs points de vue et s'efforcer de rencontrer la victime « là où elle vit ». Certains chercheurs ont fait une mise en garde aux spécialistes et aux intervenants paraprofessionnels qui ont leurs propres antécédents en matière de victimisation : ils peuvent promouvoir trop fortement certaines solutions parce que celles-ci leur ont déjà donné des résultats (Salston et Figley [2003]).

4.2 Stratégies d'adaptation négatives

Comportement d'évitement actif

L'évitement peut revêtir la forme de comportements d'évitement particuliers, comme s'enfermer chez soi ou s'absenter du travail (Hagemann [1992]), ou encore éviter les travailleurs des services d'aide aux victimes ou les thérapeutes (Gorde et coll. [2004]), etc. En général, les chercheurs s'accordent pour dire que l'évitement est au mieux une solution à court terme et, au pire, inefficace et préjudiciable (Scarpa et coll. [2006]). Selon une étude sur les femmes victimes d'une agression (sexuelle ou physique), celles qui connaissaient leur agresseur et qui se sont écartées des aidants immédiatement après le crime risquaient

plus de souffrir du SSPT (Gutner et coll. [2006]). Par conséquent, les victimes qui évitent au début les contacts sociaux peuvent éprouver des problèmes plus graves (voir les avantages du soutien social décrits plus haut). Une étude des survivants de la violence conjugale a révélé que l'évitement de l'aide peut être associé à la stabilité du lieu de résidence : les victimes qui sont logées dans les refuges ou les maisons de transition étaient plus susceptibles de recourir à l'évitement que celles qui habitent dans la collectivité (Gorde et coll. [2004]). Dans certains cas, l'évitement initial des situations difficiles peut permettre à la victime de se fonder sur de petits succès et lui laisser le temps de « panser ses plaies », de reprendre des forces afin de réorganiser sa vie et d'affronter d'autres difficultés, comme le système de justice pénale. En suivant un traitement destiné à maîtriser sa peur, la victime a des chances de se rétablir.

Déni et aveuglement

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

Dissociation

La dissociation est un terme clinique qui décrit une rupture dans le mode de pensée normal d'un individu, dans ses souvenirs, son identité ou la manière dont il perçoit son environnement. Cette notion s'apparente à ce que la plupart des gens appellent un « choc ». Même si nous dissociions tous à divers degrés, le recours à la dissociation comme mécanisme d'adaptation semble plus courant chez les individus qui ont vécu plusieurs expériences traumatisantes graves

(Martínez-Taboas et Bernal [2000]). Les intervenants doivent se rappeler que la dissociation est une méthode normale d'adaptation au traumatisme. Selon Harvey et Bryant [2002], la dissociation peut aider la victime à surmonter le traumatisme initial en s'opposant à la mémorisation des événements vécus pendant le crime. Ce changement cognitif permet ainsi à la victime d'oublier les éléments pénibles du traumatisme ou du crime et peut donc atténuer sa détresse. Toutefois, les données de plus en plus nombreuses sur la dissociation initiale et les problèmes ultérieurs jettent un doute sur cette théorie (Bromberg [2003]; Elklit et Brink [2004]; Halligan et coll. [2003]; Ozer et coll. [2003]).

Utilisée trop longtemps, la dissociation peut toutefois devenir une stratégie d'adaptation négative. Selon Halligan et coll. [2003], certains éléments particuliers de la dissociation, comme l'indifférence affective, la confusion, l'altération de la perception du temps, l'instabilité émotionnelle et l'impulsivité sont davantage liés au SSPT. Ils ont constaté que l'indifférence affective et la confusion étaient le plus susceptibles de nuire au traitement du traumatisme. Elklit et Brink [2004] ont noté que le choc initial, la dissociation et l'indifférence affective étaient associés au SSPT qui suit six mois plus tard. Selon Ozer et coll. [2003], ceux qui vivent la dissociation pendant ou immédiatement après un traumatisme sont plus susceptibles de développer le SSPT; ce lien est surtout évident chez ceux qui font appel plus tard aux services de santé mentale. D'autres chercheurs ont aussi observé que la dissociation prolongée pouvait entraver la thérapie ou le processus de rétablissement (Bromberg [2003]). Par conséquent, la dissociation peut être une arme à double tranchant : à court terme, elle peut aider la victime, mais elle peut aussi l'exposer à un risque accru d'éprouver des problèmes plus graves ultérieurement.

Abus d'alcool et d'autres drogues

L'abus d'alcool et d'autres drogues (l'automédication au moyen de drogues illégales ou l'abus de médicaments d'ordonnance) est souvent mentionné dans les ouvrages comme un facteur qui complique la situation chez les victimes (Casarez-Levison [1992]; Everly et coll. [2000]; Hagemann [1992]; Mezy [1988]; Wolkenstein et Serman [1998]). Ceux qui ont recours à l'automédication pour soulager leur douleur et autres maux sont susceptibles de faire face à des difficultés encore plus grandes, car la consommation d'alcool ou de drogues peut souvent nuire à la prise de décision et à l'adaptation (Kilpatrick et coll. [2003]). Une étude sur la victimisation et la consommation d'alcool chez les

adolescentes a montré que le fait de commencer à boire à un âge précoce et la consommation occasionnelle abusive d'alcool accroissent la possibilité de victimisation (Champion et coll. [2004]). Les chercheurs notent également que les personnes qui abusent de l'alcool ou d'autres drogues courent un risque accru de victimisation. En particulier, elles peuvent se placer dans des situations dangereuses, être incapables d'évaluer correctement les situations ou les personnes dangereuses et être plus vulnérables aux agresseurs. Par conséquent, l'abus d'alcool ou d'autres drogues pourrait être une stratégie d'adaptation qui accroît le risque de victimisation future (Champion et coll. [2004]). Morrison et Doucet [2008] ont récemment effectué une étude documentaire sur la victimisation et l'abus d'alcool ou d'autres drogues, dans laquelle ils soulignaient l'importance de la formation, du dépistage, d'une meilleure gestion des cas améliorée et des stratégies de traitement pour mieux assister ce groupe.

Confrontation : réduction cognitive de l'intérêt

D'après Holman et Silver [1998], les stimulus complexes affaiblissent la capacité de l'individu de traiter l'information. Celui-ci voudra alors ralentir dans sa tête le passage du temps afin de pouvoir comprendre tout ce qui produit autour de lui. Les chercheurs soutiennent que cette stratégie est censée aider l'individu à s'adapter, mais certaines personnes se fixent excessivement sur l'événement traumatisant et mettent tout le reste de côté (Holman et Silver [1998]). Cette modification du degré de conscience s'apparente à la dissociation (Bromberg [2003]), sauf que l'individu s'efforce de gérer l'agent stressant au lieu de le chasser de son esprit. De plus, Greenberg et Ruback [1992] ont constaté que les stimulus, et plus particulièrement la colère, avaient pour effet d'éveiller davantage les souvenirs. Les stimulus ciblés pourraient donc amener la victime à porter une plus grande attention aux détails de l'acte criminel. Cependant, une étude récente corrobore la conclusion selon laquelle cette polarisation peut toutefois causer des problèmes si l'individu s'efforce de transcender l'expérience de la victimisation, parce qu'il sera incapable de se consacrer entièrement aux autres aspects de sa vie (Orth et coll. [2008]; Orth et coll. [2006]).

Automutilation (non suicidaire)

L'automutilation ou l'automutilation non suicidaire consiste à s'infliger des blessures. On entend souvent parler de personnes qui s'automutilent, par exemple en se faisant des entailles ou en se brûlant, mais d'autres soutiennent que des comportements autodestructeurs

comme la prostitution, l'alcoolisme et la toxicomanie, les troubles alimentaires, etc., se classent aussi dans la catégorie (Cyr et coll. [2005]; Dell [2008]). Dans une étude sur les femmes traitées pour l'anxiété et la dépression, Peleikis et coll. [2004] ont observé que les femmes qui avaient été victimes d'agression sexuelle pendant leur enfance étaient plus susceptibles de s'automutiler. Une étude réalisée au Québec sur des adolescentes victimes d'agression sexuelle a montré que 62,1 p. 100 s'étaient mutilées (Cyr et coll. [2005]). Ces chercheurs ont également constaté que les problèmes de dépression et de dissociation étaient plus fréquents parmi le groupe d'adolescentes où les gestes d'automutilation étaient plus réguliers. Selon des études sur les patientes en psychiatrie, il existe un lien entre la violence conjugale et les comportements autodestructeurs, ce qui indique qu'il peut être important de dépister ce problème chez ces victimes (Sansone et coll. [2007]).

Les intervenants doivent également prendre note que l'automutilation n'est pas une tentative de suicide, mais plutôt un comportement visant à réduire le trouble émotionnel (Dell [2008]). Toutefois, une grande confusion découle du fait que l'automutilation non suicidaire peut être confondue avec un comportement suicidaire (Dell [2008]). Une étude sur les antécédents en matière de violence chez les personnes qui voulaient vraiment se suicider a révélé que celles qui avaient fait plusieurs tentatives de suicide et qui avaient été victimes d'agressions sexuelles ou physiques pendant leur enfance avaient aussi déclaré des niveaux plus élevés de comportements autodestructeurs (Ystgaard et coll. [2004]).

4.3 Résilience, autoefficacité et croissance post-traumatique

L'examen des stratégies d'adaptation des victimes d'actes criminels révèle qu'il y a de plus en plus d'études sur la façon dont les gens réussissent à faire face aux difficultés. La résilience, l'autoefficacité et la croissance post-traumatique sont trois façons légèrement différentes d'examiner comment les personnes utilisent leurs points forts pour surmonter un traumatisme. Les intervenants peuvent voir dans ces concepts des outils pour mieux comprendre les méthodes que les gens emploient pour remonter la pente.

La *résilience* a trait à la capacité d'une personne de maintenir un équilibre malgré les difficultés (Bonanno [2004]). Il ne s'agit pas simplement de l'absence de problèmes, mais de la capacité de ne pas être touché et en fait de garder un esprit sain en dépit des difficultés. Ce

n'est pas non plus la même chose que le rétablissement, qui comprend un élément de « rebondissement » après un traumatisme (Bonanno [2005]). La résilience est courante (Bonanno [2004]; Westphal et Bonanno [2007]); comme nous l'avons mentionné précédemment, la plupart des victimes d'actes criminels n'éprouvent pas des problèmes de santé mentale (Ozer et coll. [2003]).

Les patients vraiment résilients sont rares dans la pratique clinique, mais les intervenants peuvent en rencontrer parmi leurs clients qui se préparent à témoigner devant les tribunaux. Ces victimes peuvent avoir encore besoin d'un soutien, mais elles sont susceptibles de bien résister au stress. En pratique clinique, les intervenants auront probablement à traiter plutôt des cas d'autoefficacité et de croissance post-traumatique.

L'autoefficacité concerne la personne qui croit posséder les outils et les ressources nécessaires pour relever un défi ou accomplir une tâche (Bandura [1997]). Selon les chercheurs, l'autoefficacité est une caractéristique semblable à la résilience qui peut réduire chez l'individu la probabilité d'une réaction grave à la victimisation (Thompson, et coll. [2002]). L'autoefficacité est la fusion de l'estime de soi et de la certitude que l'on peut exercer une influence sur son milieu. Selon Thompson et coll. [2002], en aidant les femmes à atteindre un degré élevé d'autoefficacité au chapitre des aptitudes à la vie quotidienne, elles seraient plus en mesure de décider d'abandonner une relation violente. Cela remet en question le facteur d'« isolement » qu'on observe souvent dans les cas de violence familiale.

Chaque victime a un niveau différent d'autoefficacité avant le crime. Les succès accumulés au cours d'une vie renforceront l'autoefficacité et la confiance en soi; par contre l'incapacité de s'adapter affaiblira l'autoefficacité de l'individu. Ces degrés d'autoefficacité préalables ainsi que l'incidence du crime influent sur le mode d'adaptation de la victime. Par exemple, les gens qui pensent qu'ils recevront de l'aide s'ils en demandent se sentent souvent mieux (Mikulincer et coll. [1993]). Par conséquent l'autoefficacité peut aider dans une grande mesure une personne à faire face au traumatisme et à demander de l'aide. De plus, ces individus peuvent posséder des capacités d'adaptation supérieures. D'autres victimes peuvent devoir acquérir des compétences et compter sur l'autoefficacité pour surmonter le stress. Beaucoup de traitements efficaces pour les victimes comprennent des activités qui les obligent à confronter les souvenirs et les émotions dif-

ficiles ou à acquérir et à mettre en pratique de nouvelles compétences, qui finissent par renforcer leur sentiment d'autoefficacité (Amstadter et coll. [2007]; Nishith et coll. [2002]; Resick et coll. [2002]).

La « *croissance post-traumatique* » a trait aux situations où une personne qui a été touchée par un traumatisme apprend de nouvelles stratégies d'adaptation ou acquiert un nouveau point de vue en affrontant le problème. Les personnes qui sont animées d'une force morale trop grande peuvent rater cette possibilité, car les difficultés ne les ébranlent pas (Pat-Horenczyk et Brom [2007]; Tedeschi et Calhoun [2004]). Il importe de noter que la croissance post-traumatique ne signifie pas qu'un traumatisme constitue une expérience positive dans la vie de ces personnes. Même les personnes qui signalent une croissance post-traumatique élevée éprouvent aussi de nombreux problèmes et difficultés liés au traumatisme (Calhoun et Tedeschi [2006]). En d'autres termes, la plupart des gens auraient préféré éviter le traumatisme, mais peuvent reconnaître à quel point ils ont grandi dans l'épreuve.

Il conviendrait d'examiner les victimes en observant les différents genres de croissance post-traumatique qui pourraient se produire chez elles. Calhoun et Tedeschi [2006] ont étudié la matière sous l'angle statistique et ont relevé trois grandes catégories :

- 1) Le changement dans la perception de la personne à son propre sujet
 - a) Force personnelle : Je peux survivre à tout
 - b) Nouvelles possibilités : Je veux explorer de nouveaux intérêts ou m'adonner à de nouvelles activités
- 2) Le changement dans ses rapports avec les autres : lien et compassion
- 3) Le changement de la philosophie de vie
 - a) Appréciation de la vie (jouir des petites choses de la vie)
 - b) Changement spirituel

Il est possible pour les intervenants de constater les processus de croissance chez une partie ou l'ensemble de leurs clients. Les victimes possédant peu de compétences et de ressources sont susceptibles d'être rapidement dépassées par le traumatisme. Un gros effort devra être engagé pour que la personne parvienne à confronter les difficultés causées par le crime. Bon nombre de gens possèdent certaines aptitudes pour faire face aux problèmes, mais elles doivent en acquérir d'autres (croissance post-traumatique). Enfin, certains sont à l'extrême

opposé et ne sont pas ébranlées par le traumatisme (résilience). De nombreuses études révèlent que les victimes sont secouées au début, mais qu'elles utilisent leurs ressources personnelles et sociales (autoefficacité) pour « rebondir » – c'est cela qui constitue la croissance post-traumatique.

Les intervenants voudront peut-être donner une définition plus générale de la résilience et y incorporer le point de vue de la croissance post-traumatique selon lequel nombreuses sont les victimes d'actes criminels qui reprennent néanmoins une vie normale et apprennent de nouvelles stratégies d'adaptation. Cela dit, quelles sont certaines des principales conclusions des recherches sur la résilience et comment les intervenants peuvent-ils encourager la croissance et la résilience chez leurs clients? Selon Bonanno [2005], bon nombre des activités que nous considérerions comme de saines habitudes de vie (ressources personnelles, bon réseau de soutien, pragmatisme) favorisent également la résilience. Des chercheurs ont défini plusieurs facteurs permettant de réussir à faire face aux difficultés :

L'endurance, l'autonomie et la confiance en soi (Bonanno [2004]; Bondy et coll. [2007]; Haskett et coll. [2006]; Williams [2007]) reviennent à posséder les compétences et les capacités nécessaires pour mener la vie que l'on veut. Selon Bonanno [2004], l'endurance est constituée de trois éléments : 1) donner un sens à sa vie; 2) la croyance qu'on peut avoir une influence sur le milieu et les événements; 3) la croyance que les vécus positifs et négatifs sont des possibilités de croissance. Les intervenants retiendront que les deux derniers éléments ressemblent beaucoup à la notion d'autoefficacité et comprennent des éléments de la croissance post-traumatique.

L'identité personnelle positive peut aider une personne à maintenir son équilibre devant les difficultés. Les personnes qui ont une vue positive réaliste d'elles-mêmes sont capables de faire face aux problèmes. D'autres ont parfois une vue irréaliste ou trop positive d'elles-mêmes – genre de présomption appelé « agrandissement de soi » (Bonanno [2004]; Bonanno [2005]) qui les aide à surmonter les difficultés. Les associés peuvent ne pas les aimer et même les considérer comme narcissiques, mais ces personnes arrivent à supporter une perte plus efficacement que la population générale.

La *capacité d'adaptation* (Bonanno [2005]) aux défis de la vie aide également les gens à surmonter les difficultés et à mieux s'adapter à long terme. Il peut s'agir d'une capacité d'adaptation affective ou comportementale (Bonanno [2005]) ou de trouver le côté positif d'événements négatifs (« chercher le bon côté »; Tugade et Fredrickson [2007]).

Un *point de vue positif* sous forme d'espoir dans l'avenir aide les gens à devenir plus résilients (Bondy et coll. [2007]). De même, les personnes résilientes ont tendance à considérer le monde comme un endroit sûr (Williams [2007]). Les intervenants peuvent reconnaître que bien des victimes s'efforcent d'adopter ce point de vue positif à l'égard de la victimisation. En fait, les efforts consistent en grande partie à donner de l'espoir aux victimes d'actes criminels et à les motiver.

Les *négationnistes* (Bonanno [2004]) sont les personnes qui ont tendance à éviter les idées, les émotions et les souvenirs négatifs. Les recherches montrent que ces personnes ont tendance à se soustraire émotionnellement aux situations difficiles, en ce sens qu'elles disent ne pas être stressées même lorsque des mesures physiques indiquent qu'elles le sont. Il semble que ce désengagement accroisse leur résilience.

Le fait d'avoir des émotions complexes et de les maîtriser (Coifman et coll. [2007]; Haskett et coll. [2006]) aide les gens à faire efficacement face aux situations difficiles et à ne pas se sentir dépassés. Les intervenants peuvent se souvenir de victimes qui semblaient capables de maîtriser leurs émotions (ne pas les éviter!) et de rester calmes face aux difficultés de la victimisation et du système de justice.

Le fait d'avoir des émotions positives (Bonanno [2005]; Tugade et Fredrickson [2007]) aide les gens non pas en remplaçant simplement les émotions négatives, mais en contrant aussi leurs effets (Bonanno [2004]). Selon une théorie et une étude, les émotions positives améliorent la créativité et la résolution des problèmes (Fredrickson [1998]). De plus, Bonanno [2005] fait observer que les autres peuvent apporter un plus grand soutien aux individus qui expriment des émotions positives, ce qui

renforce l'assistance dont ces derniers bénéficient. Fredrickson et coll. [2003] soulignent que les émotions positives comme la gratitude, l'intérêt et l'amour ont aidé les gens à s'adapter après les attentats du 11 septembre 2001 et à éviter la dépression.

Les *soutien social* (Bonanno [2005]; Gewirtz et Edleson [2007]; Haskett et coll. [2006]; Sun et Hui [2007]; Williams [2007]) et le fait d'avoir de très bonnes relations avec la famille ou le groupe de pairs semblent de bon augure pour faire face aux difficultés. Comme nous l'avons indiqué plus en détail précédemment, les intervenants voudront porter un intérêt aux aidants naturels de la victime et même les éduquer au sujet de la victimisation.

L'*aptitude sociale* (Bondy et coll. [2007]; Gewirtz et Edleson [2007]; Haskett et coll. [2006]) a trait aux compétences de la personne en matière de communication, d'empathie et de compassion et à sa capacité d'établir des liens positifs avec les autres. Cela renforce vraisemblablement la résilience en aidant la personne à combler ses besoins, élargir son réseau de soutien et en accroît la qualité.

Les *aptitudes cognitives* (Bondy et coll. [2007]; Gewirtz et Edleson [2007]; Haskett et coll. [2006]; Williams [2007]) comme l'intelligence, la résolution efficace des problèmes et la capacité de planifier sont également liées à la capacité de confronter les difficultés.

Pour accroître la résilience, l'autoefficacité et les possibilités de la CPT, les victimes doivent s'appuyer sur leurs ressources. Elles peuvent tirer parti de leurs points forts et apprendre à déterminer les aspects positifs, profiter des bonnes journées ou des soutiens positifs, apprendre à se détendre et à penser aux bienfaits ou même s'assurer de prendre le temps de savourer vraiment un compliment. Les intervenants doivent soutenir et renforcer ces choix sains. Cela ne veut pas dire que la tâche sera facile, surtout dans le cas des victimes en deuil ou éprouvée par une perte. En s'adonnant à des activités qui les renforcent, les victimes d'actes criminels prendront l'habitude de confronter efficacement les rechutes (Tugade et Fredrickson [2007]).

4.4 Notions de base

Stratégies d'adaptation

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

Tableau 3 : Stratégies d'adaptation habituelles

Stratégies positives	Stratégies négatives
Recherche d'information ⁵	Évitement des souvenirs du crime, ^{2, 5, 13, 20, 21, 22, 25, 26, 27, 28}
Autocomparaison et mise en évidence des éléments positifs de la victimisation ^{1, 5, 11, 19}	Évitement comportemental – Consommation de drogues ou d'alcool
Comparaison sociale ^{4, 5, 8, 19}	Déni et automystification ^{13, 18, 19, 20, 26}
Activités visant à reprendre sa situation personnelle en main ^{4, 5, 26}	Dissociation ^{6, 10, 15}
Activisme ⁵	Remémoration obsessionnelle du crime ^{4, 7}
Prendre du temps pour se rétablir ^{3, 5, 15, 17}	Automutilation ^{29, 30}
Adaptation axée sur l'émotion ^{23, 24}	
Obtention d'un soutien ^{2, 4, 9, 14, 15, 23, 24}	

Tableau 3 : Stratégies d'adaptation habituelles (*suit*)

¹ Davis et coll. [1998]	¹⁸ Stillwell et Baumeister [1997]
² Everly et coll. [2000]	¹⁹ Thompson [2000]
³ Gilboa-Schechtman et Foa [2001]	²⁰ Ullman [1999]
⁴ Greenberg et Ruback [1992]	²¹ Wolkenstein et Serman [1998]
⁵ Hagemann [1992]	
⁶ Harvey et Bryant [2002]	
⁷ Holman et Silver [1998]	
⁸ Layne et coll. [2001]	
⁹ Leymann et Lindell [1992]	
¹⁰ Martínez-Taboas et Bernal [2000]	
¹¹ McFarland et Alvaro [2000]	
¹² Mezy [1888]	
¹³ Mikulincer et coll. [1993]	
¹⁴ Nolen-Hoeksema et Davis [1999]	
¹⁵ Norris et coll. [1997]	
¹⁶ Ozer et coll. [2003]	
¹⁷ Resick et coll. [2002]	
	Références mises à jour
	²² Daniels, Bradley et Hays [2007]
	²³ Green et Diaz [2007]
	²⁴ Green et Diaz [2008]
	²⁵ Janoff [2005]
	²⁶ Löbmann et coll. [2003]
	²⁷ Manktelow [2007]
	²⁸ Nordanger [2007]
	²⁹ Peleikis et coll. [2004]
	³⁰ Ystgaard et coll. [2004.]

Stratégie d'adaptation positive : soutien social

- Le soutien social est très important pour bien des victimes qui s'efforcent de donner un sens à leur victimisation (Greenberg et Ruback [1992]; Leymann et Lindell, [1992]; Norris et coll. [1997]).
- Aux yeux des victimes, le soutien de leur famille et de leurs amis est plus utile que le soutien des spécialistes (Leymann et Lindell [1992]).
- Les victimes ont besoin de savoir qu'elles peuvent trouver de l'aide, même si elles n'y ont pas recours (Norris et coll. [1997]; Ozer et coll. [2003]).
- Les soutiens peuvent être une source importante d'information (Hagemann [1992]).
- Une stratégie d'adaptation fondée sur l'émotion peut réduire la détresse (Green et Diaz [2007 et 2008]).
- Les aidants professionnels peuvent jouer un rôle important quand la famille et les amis sont dépassés (Mikulincer et coll. [1993]; Nolen-Hoeksema et Davis [1999]).

Stratégie d'adaptation négative : évitement

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

Résilience, autoefficacité et croissance post-traumatique

- La résilience a trait à la capacité d'une personne de maintenir un équilibre malgré les difficultés (Bonanno [2004]).
- La résilience est courante (Bonanno [2004]; Westphal et Bonanno [2007]).
- L'autoefficacité a trait à la croyance d'une personne selon laquelle elle a les outils et les ressources nécessaires pour faire face à un défi ou à une tâche (Bandura [1997]).
- L'autoefficacité est la fusion de l'estime de soi et de la certitude que l'on peut exercer une influence sur son milieu.
- Un degré élevé d'autoefficacité peut réduire le risque qu'une victime éprouve une réaction négative à un traumatisme (Thompson et coll. [2002]).
- L'autoefficacité peut exercer une influence sur le choix d'une stratégie d'adaptation en incitant l'individu à opter pour la stratégie qui lui semble avoir le plus de chances de succès (Bandura [1997]).
- Les thérapies fructueuses comportent des éléments axés sur le développement de l'autoefficacité comme moyen de venir en aide aux victimes (Nishith et coll. [2002]; Resick et coll. [2002]).

- La croissance post-traumatique a trait aux situations où une personne qui est éprouvée par un traumatisme apprend de nouvelles stratégies d'adaptation ou acquiert un nouveau point de vue en faisant face au problème. Il importe de noter que la croissance post-traumatique ne signifie pas que le fait de subir un traumatisme constitue une expérience positive dans la vie de ces personnes.
- La croissance post-traumatique peut être considérée comme la façon dont une personne se voit (force personnelle, nouvelles possibilités), établit des relations avec les autres et définit sa philosophie de la vie (appréciation; spiritualité) (Calhoun et Tedeschi [2006]).
- Les caractéristiques associées à la résilience et à la croissance sont :
 - a) l'endurance, l'autonomie et la confiance en soi (Bonanno [2004]; Bondy et coll. [2007]; Haskett et coll. [2006]; Williams [2007]);
 - b) l'identité personnelle positive;
 - c) la capacité d'adaptation (Bonanno [2005]; Tugade et Fredrickson [2007]);
 - d) un point de vue positif (Bondy et coll. [2007]; Williams [2007]);
 - e) être une négationniste – personnes qui ont tendance à éviter les idées, les émotions et les souvenirs négatifs (Bonanno [2004]);
 - f) avoir des émotions complexes et les maîtriser (Coifman et coll. [2007]; Haskett et coll. [2006]);
 - g) avoir des émotions positives (Bonanno [2004 et 2005]; Fredrickson [1998]; Tugade et Fredrickson [2007]);
 - h) avoir un soutien social (Bonanno [2005]; Gewirtz et Edleson [2007]; Haskett et coll. [2006]; Sun et Hui [2007]; Williams [2007]);
 - i) aptitude sociale (Bondy et coll. [2007]; Gewirtz et Edleson [2007]; Haskett et coll. [2006]);
 - j) aptitudes cognitives (Bondy et coll. [2007]; Gewirtz et Edleson [2007]; Haskett et coll. [2006]; Williams [2007]).
- Les personnes exceptionnellement résilientes peuvent rater cette possibilité de croissance, car elles ne sont pas, par définition, ébranlées par le crime (Pat-Horenczyk et Brom [2007]; Tedeschi et Calhoun [2004]).

5.0 Les étapes du changement : un modèle pour le client

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

5.1 Caractéristiques des différentes étapes

Même si très peu d'études ont été consacrées à l'application de ce modèle aux victimes d'actes criminels, il peut néanmoins aider les intervenants à comprendre les personnes qui veulent recevoir des services. Un petit nombre de travaux se sont intéressés aux femmes victimes de violence conjugale et au raisonnement qu'elles font pour décider de poursuivre ou non la relation (Cluss et coll. [2006]; Shurman et Rodriguez [2006]). En ce qui concerne les victimes qui ont demandé de l'aide, une étude a porté sur des adultes qui, après avoir été victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance, ont suivi une thérapie (Koraleski et Larson [1997]). Sur 83 sujets en thérapie, 38 (45,8 p. 100) étaient essentiellement à l'étape de la contemplation, 7 (8,4 p. 100) étaient à l'étape de la préparation et 26 (31,3 p. 100) étaient à l'étape de l'action. C'est souvent ce qui arrive : les gens entreprennent un traitement sans vraiment être certains de vouloir changer. Une victime peut se rendre compte qu'elle éprouve un problème causé par la victimisation et entreprendre une thérapie dans le but de traiter sa dépression et son anxiété (action). Elle peut cependant refuser de discuter du crime lui-

Tableau 5 : Le modèle transthéorique de changement de comportement (Prochaska et coll. [1992])

Précontemplation	Contemplation	Préparation	Action	Maintien
<p>Ces individus n'ont pas l'intention de changer. Souvent, ils ne savent pas qu'ils ont un problème, ou ils en nient l'ampleur ou la gravité. Souvent aussi, ils se précipitent davantage de l'aspect négatif du changement et viennent en consultation seulement parce que d'autres les ont incités à le faire.</p> <p>Les intervenants peuvent rencontrer des victimes qui nient leurs problèmes ou leur traumatisme, mais leurs proches ont observé des changements de leur humeur, de leur comportement ou de leur santé en général. Certaines victimes peuvent même nier l'existence du crime (par exemple les victimes d'un viol par une connaissance).</p>	<p>Ces individus savent qu'ils ont un problème et envisagent sérieusement de changer, mais ils ne font rien dans ce sens. Souvent, ils passent leur temps à se demander s'il vaut mieux rester comme ils sont plutôt que de consacrer beaucoup de temps, d'efforts et d'énergie à la résolution de leur problème.</p> <p>Les intervenants peuvent rencontrer des clients qui reconnaissent avoir besoin d'aide, mais qui sont paralysés par la honte ou par la peur de s'ouvrir à quelqu'un, la peur des réactions ou la peur d'aggraver leur état.</p>	<p>Ces individus reconnaissent qu'ils ont un problème et envisagent d'y apporter une solution dans très peu de temps. Après avoir examiné leurs habitudes, ces personnes ont souvent tenté de changer au cours de la dernière année, mais n'ont pas réussi à réaliser un changement durable.</p> <p>Les intervenants reconnaissent ces individus parce qu'ils ont réussi par eux-mêmes à faire certains changements et qu'ils attendent un rendez-vous ou ont essayé de suivre une thérapie. Habituellement, cette étape est très courte, car la personne est disposée à faire des efforts pour changer.</p>	<p>À cette étape, les individus s'efforcent vraiment d'améliorer leur situation.</p> <p>Pour les intervenants, il s'agit d'un traitement actif. Souvent, les membres de la famille et les autres soutiens y voient un « réel » effort et un changement.</p> <p>Habituellement, à cette étape, la victime réalise du moins en partie ses objectifs. Les thérapies classiques sont en général axées sur cette étape et ne tiennent pas compte de l'effort que représente pour la victime la décision de demander de l'aide. Elles ne tiennent pas compte non plus de l'effort nécessaire pour persister sur la bonne voie après le traitement.</p>	<p>Les individus qui parviennent au stade du maintien s'efforcent de préserver les progrès réalisés à l'étape de l'action. Loin d'être une étape statique, le maintien est un processus de changement.</p> <p>Les intervenants peuvent aider les victimes en leur montrant comment discuter de leur stress avec leurs soutiens, surveiller leur comportement, leurs pensées et leurs émotions et acquérir des habiletés pouvant les aider à éviter d'être de nouveau victimes d'un acte criminel.</p>

même, en affirmant que celui-ci n'a rien à voir avec son état dépressif (précontemplation). Elle peut ensuite abandonner la thérapie tout en reconnaissant qu'elle a besoin d'aide (contemplation).

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

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

5.2 Adaptez vos interventions aux besoins des clients

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

Les individus qui sont principalement à l'étape de la précontemplation et de la contemplation peuvent aussi tirer profit des interventions, mais celles-ci peuvent différer de l'idée que s'en font habituellement les intervenants. Aux individus qui sont principalement à l'étape de la

précontemplation, les intervenants peuvent offrir de la documentation écrite, comme des livres portant sur l'autothérapie ou des brochures décrivant les réactions les plus courantes. Ils peuvent également leur donner de l'information sur la victimisation et les traumatismes. Ces clients ne se rendent pas toujours compte que leurs symptômes sont liés à l'acte criminel, ni même qu'ils ont pu changer. Il faut se rappeler que bien souvent les précontemplatifs se retrouvent à notre bureau parce que d'autres les ont incités à venir nous consulter. En plus d'informer les victimes sur leurs réactions possibles, ces activités de « conscientisation » les incitent à faire quelque chose pour se débarrasser de leurs symptômes ou de leurs sentiments négatifs (Prochaska et coll. [1994]). Vous devez éviter d'exercer des pressions sur la victime et souligner les aspects liés à la santé pour que la victime puisse prendre une décision qui donne des résultats dans son cas (Frasier et coll. [2001]).

Rosen [2000] a constaté que les précontemplatifs et les contemplatifs peuvent être incités à solliciter de l'aide pour différentes raisons : ils voudront par exemple obtenir de l'information (conscientisation), considérer les effets sur eux-mêmes (réévaluation personnelle) et les autres (réévaluation par le milieu), éprouver et exprimer des émotions (soulagement radical) ou vérifier l'évolution des normes sociales (affranchissement social). Les intervenants peuvent aider ces individus en leur montrant ce qu'il leur en coûte de rester comme ils sont et les avantages qu'ils peuvent retirer en sollicitant de l'aide. La planification de la sécurité peut être importante selon les décisions des victimes [Frasier et coll. [2001]]. Rappelez-vous que la plupart des changements chez l'individu se produisent entre l'étape de la précontemplation et l'étape de la contemplation (Rosen [2000]). Néanmoins, toute démarche visant à aider les victimes à accroître et à conserver leur motivation peut aussi les aider à retirer le maximum de leur thérapie. Pour les patients, faire des progrès et se sentir mieux sont une excellente source de motivation.

Ces activités peuvent aussi inciter la victime à prendre l'importante décision de solliciter de l'aide ou à chercher une solution à des problèmes particulièrement pénibles. De plus, ces interventions peuvent être utiles à tous les patients. Imaginez une victime de violence conjugale qui se sent mieux et dont le mari la traite bien (« phase lune de miel ») et promet de ne plus jamais la frapper. Il exerce une contrainte sur elle, lui disant qu'elle n'a pas foi en lui et que c'est pour cette raison qu'elle fréquente un groupe de thérapie. Cette

victime aura besoin d'être appuyée parce qu'elle doit maintenant se convaincre qu'il peut être avantageux pour elle de poursuivre sa thérapie – son problème est réglé! C'est pourquoi l'intervenant doit comprendre les perceptions de la victime et sa conception de ce qui constitue une « amélioration ». Il peut l'aider à explorer le cycle des agressions, la possibilité des périodes de « lunes de miel » et les avantages à long terme d'un traitement, afin qu'elle puisse prendre la décision qui lui sera la plus profitable. Dans un certain sens, cette façon de procéder vise à fournir à votre client le plus d'information possible afin qu'il puisse déterminer d'une façon éclairée ce dont il a besoin pour améliorer sa vie.

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

Les cas les plus difficiles devraient être laissés à des cliniciens spécialisés; tous les intervenants devraient cependant se rappeler que le changement est un processus et que les victimes n'essaient pas intentionnellement de causer des difficultés. Le MTCC remet en question les vieux concepts de la « résistance » en nous obligeant à changer nos méthodes cliniques (Prochaska et coll. [1992]). Il peut être difficile de solliciter de l'aide quand on se sent en équilibre instable. Mitchell [1993] a observé que de nombreux de patients, et non seulement des victimes, s'engageaient dans une thérapie dans l'espoir

qu'on leur vienne en aide, mais craignaient en même temps que le changement leur soit trop douloureux ou que leur vie soit trop profondément transformée.

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

5.3 Notions de base

- Dans leur tentative de changement, les gens passent par différentes étapes : la précontemplation (l'individu n'a pas l'intention de changer parce qu'il ne croit pas avoir un problème), la contemplation (l'individu est conscient d'avoir un problème et envisage sérieusement de changer), la préparation (l'individu prévoit passer bientôt à l'action), l'action (l'individu s'efforce vraiment de changer) et le maintien (l'individu persévère après avoir changé) (Prochaska et coll. [1992]).
- Un individu peut se trouver principalement à une étape donnée, mais évoluer en même temps à toutes les autres étapes (Prochaska et coll. [1992]). Ainsi, une victime peut reconnaître qu'elle a un problème découlant de la victimisation et souhaiter suivre une thérapie pour soigner sa dépression ou son anxiété (action). Elle peut cependant refuser de discuter du crime lui-même, en affirmant que celui-ci n'est aucunement lié à son état dépressif (précontemplation). Elle pourrait ensuite abandonner sa thérapie, tout en continuant de reconnaître qu'elle a besoin d'aide (contemplation).
- Les individus qui estiment n'avoir aucun problème (précontemplatifs) considèrent que le traitement aggrave leur détresse et qu'ils font moins de progrès, et ils sont plus susceptibles d'abandonner prématurément leur thérapie (Smith et coll. [1995]).

- Le changement le plus important se produit quand le sujet passe de l'étape de la précontemplation aux trois étapes suivantes (Rosen [2000]).
- Pour éviter lui-même d'être frustré et pour mieux aider la victime, l'intervenant doit déterminer à quel stade cette dernière se trouve et choisir le type d'intervention qui convient le mieux.
- Les précontemplatifs devraient se livrer à des activités de « conscientisation » (lecture, ouvrages sur l'autothérapie, participation à des séances d'information). De telles activités aident les victimes à mieux connaître leurs réactions éventuelles et les avantages qu'elles peuvent retirer d'une thérapie (Prochaska et coll. [1994]).
- Il existe aussi d'autres moyens de motiver les victimes : constater les effets sur elles-mêmes et sur les autres, éprouver et exprimer leurs émotions et suivre l'évolution des normes sociales concernant la victimisation et la demande d'aide (Rosen [2000]).
- Les intervenant peuvent aider les victimes à se préparer au terme de leur thérapie en leur enseignant des habitudes de vie saines, en les mettant en garde contre les signes précurseurs d'une régression et en leur montrant comment surveiller leur propre comportement et pratiquer d'autres activités quotidiennes qui les aideront à contrôler leur propre vie. Dans une thérapie, il faut souvent consacrer du temps à l'exercice et à la maîtrise de ces compétences.
- Pour aider les victimes, les intervenants pourront aussi leur montrer comment informer leurs aidants naturels (famille, amis, etc.)

6.0 Les problèmes d'évaluation : Que devrais-je demander?

6.1 Principaux points à discuter dans une entrevue initiale

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

Caractéristiques de la victime : antécédents

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

Caractéristiques de la victime : actuellement

- Caractéristiques de la personnalité
- Caractéristiques démographiques
- Stratégies d'adaptation actuelles
- Consommation d'alcool ou de drogues
- Évaluation du risque de suicide, d'homicide et de représailles
- Évaluation de l'automutilation
- État mental actuel : troubles psychologiques, adaptation, points forts, etc.
- Présence de dissociation
- Situation initiale dans le modèle transthéorique de changement de comportement
- Perception qu'a la victime de ses besoins

Caractéristiques du crime

- Caractéristiques de l'acte criminel
- Gravité du crime
- Usage de menaces sérieuses
- Usage d'une arme
- Incident isolé ou victimisation chronique
- Contact entre la victime et l'auteur du crime
- Auteur du crime connu de la victime
- Réaction du système de soutien
- Réaction des spécialistes (victimisation secondaire)
- Réaction émotionnelle ou dissociative extrême à la suite de l'acte criminel

Forces et ressources (Hill [2008])

- Habiletés en matière d'adaptation positives utilisées par le passé
- Stratégies d'adaptation actuelles
- Identification des motivateurs
- Aperçu des défis à relever
- Liste des points forts de la victime
- Image de soi positive
- Principales aptitudes
- Aptitudes à résoudre les problèmes
- Capacité de maîtriser ses émotions
- Capacité d'avoir des émotions positives
- Réseau de soutien ou situation de la victime
- Aptitudes à la communication
- Capacité cognitive
- Évaluation de l'autoefficacité et de la résilience

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

7.0 Synthèse et conclusion

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

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

7.1 Principales conclusions de la recherche

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

Prévictimisation et organisation

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

- Antécédents de violence et d'agressions sexuelles durant l'enfance (Hembree et coll. [2004]; Messman et Long [1996]; Nishith et coll. [2000]; Pimlott-Kubiak et Cortina [2003]); Young et coll. [2007]);
- Antécédents du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) (Brunet et coll. [2001]);
- Gravité des épisodes antérieurs du SSPT (Brunet et coll. [2001]);
- Antécédents de victimisation ou de traumatisme découlant d'un acte criminel (Amstadter et coll. [2007]; Byrne et coll. [1999]; Byrne et coll. [1999]; Messman et Long [1996]; Nishith et coll. [2000]; Norris et coll. [1997]; Ozer et coll. [2003]);
- Antécédents psychiatriques, particulièrement de dépression (Boccellari et coll. [2007]; Ozer et coll. [2003]);
- Antécédents familiaux de troubles psychiatriques (Ozer et coll. [2003]);
- Caractéristiques de la personnalité (Davis et coll. [1998]; Nolen-Hoeksema et Davis [1999]; Thompson et coll. [2002]);

- Antécédents d'adaptation (Dempsey [2002]; Everly et coll. [2000]; Harvey et Bryant [2002]);
- Inventaire des forces et des ressources (Bandura [1997]; Bonanno [2004]; Bonanno [2005]; Tedeschi et Calhoun [2004]);
- Antécédents des relations interpersonnelles (Kliewer et coll. [2001]; Mikulincer et coll. [1993]; Nelson et coll. [2002]).

Victimisation et désorganisation

- Les caractéristiques du crime, et plus particulièrement sa gravité, ont une influence déterminante sur le traumatisme (Gilboa-Schechtman et Foa [2001]; Hembree et coll. [2004]; Norris et coll. [1997]; Ozer et coll. [2003]);
- Les caractéristiques de la victime, comme son sexe, son âge, sa culture et ses antécédents peuvent avoir une influence sur sa réaction (Boccellari et coll. [2007]; Brewin et coll. [2000], Greenberg et Ruback [1992]; Gabriel et coll. [2007]; Pimlott-Kubiak et Cortina [2003]; Wilmsen-Thornhill et Thornhill [1991]; Weinrath [2000]; Yamawaki [2007]);
- Mise en garde contre la victimisation secondaire causée par le système (Amstadter et coll. [2007]; Campbell et coll. [1999]; Hagemann [1992]; Norris et coll. [1997]);
- Les interviewers doivent être au courant des problèmes liés aux caractéristiques des victimes comme les déficiences intellectuelles (Cederborg et Lamb [2008]) et d'autres problèmes cognitifs qui pourraient nuire aux rapports;
- La dissociation, pendant ou immédiatement après le crime, est un prédicteur significatif du SSPT (Halligan et coll. [2003]; Ozer et coll. [2003]);
- Les souvenirs associés au traumatisme sont plus désorganisés que les autres souvenirs (Halligan et coll. [2003]);
- Dans certains cas, la dissociation initiale (choc) peut être adaptative, c'est-à-dire qu'elle peut empêcher l'encodage dans la mémoire à long terme (Bromberg [2003]);
- L'attention peut diminuer (Holman et Silver [1998]);
- Besoin de soutien social (émotionnel, informatif, appréciatif et matériel);
- Donner à la victime de l'information qui l'aidera à prendre des décisions;
- Donner de l'information sur les ressources et les réactions les plus courantes;

- Les réactions émotives doivent être vécues et traitées (Green et Diaz [2008]; Hill [2004]);
- Évaluation des stratégies d'adaptation de la victime;
- Bon nombre de victimes de crimes ne signalent pas le crime aux autorités (Boeckmann et Turpin-Petrosino [2002]; Garnetts et coll. [1990]; Herek et coll. [2002]; Janoff [2005]; Kaysen et coll. [2005]; Kuehnle et Sullivan [2003]);
- Des modèles d'intervention en cas d'urgence peuvent aider la victime à surmonter les premiers problèmes causés par la victimisation (Calhoun et Atkeson [1991]; Miller [1998]). Cependant, des travaux de recherche récents n'indiquent aucun effet sur le développement ultérieur du SSPT (Marchand et coll. [2006]), et certains soutiennent que le compte rendu est inefficace et peut-être préjudiciable (Kamphuis et Emmelkamp [2005]).

Transition et protection

- Le traitement actif peut commencer (Casarez-Levison [1992]);
- La victime peut avoir accès aux soutiens naturels et professionnels (Casarez-Levison [1992]; Combalbert et Vitry [2007]; Miller [1998]);
- L'intervenant peut recourir au modèle transthéorique de changement de comportement pour déterminer le niveau de service dont la victime a besoin (Prochaska et coll. [1992]);
- La dissociation peut être un indice de difficultés ultérieures (Ozer et coll. [2003]);
- Une friction interpersonnelle peu après le crime peut être un prédicteur d'un SSPT ultérieur (Zoellner et coll. [1999]);
- Le SSPT peut être un prédicteur de problèmes de colère ultérieurs (Orth et coll. [2008]);
- Les personnes chez qui on a diagnostiqué un trouble de la personnalité préexistant (trouble de la personnalité limite) peuvent encore bénéficier d'un traitement (Clarke et coll. [2008]);
- Il peut y avoir un blocage actif des souvenirs (Nordanger [2007]; Thompson [2000]);

- La victime peut fuir le souvenir du crime au moyen de l'alcool, de la drogue ou encore de l'évitement actif (Everly et coll. [2000]; Hagemann [1992]; Janoff [2005]; Manktelow [2007]; Mezy [1988]; Nordanger [2007]; Wolkenstein et Sterman [1998]);
- Il y a certaines données selon lesquelles la couverture médiatique du crime peut avoir un effet négatif sur les victimes (Maercker et Mehr [2006]);
- La victime peut adopter un comportement axé sur la sécurité (Hagemann [1992]);
- La victime peut se concentrer sur la recherche d'une signification (Gorman [2001]; Layne et coll. [2001]; Nolen-Hoeksema et Davis [1999]; Thompson [2000]);
- Les victimes peuvent utiliser la comparaison sociale pour comprendre la victimisation (Hagemann [1992]; Greenberg et Ruback [1992]; Thompson [2000]);
- La victime peut se livrer à l'autocomparaison axée sur les changements avant et après la victimisation (« survivant ») (McFarland et Alvaro [2000]);
- La victime doit être prévenue qu'au début du traitement son état peut s'aggraver avant de s'améliorer (Nishith et coll. [2002]);
- Les traitements du SSPT qui comprennent un élément d'exposition semblent efficaces (Bryant et coll. [2003]; Hembree et Foa [2003]; Nishith et coll. [2002]);
- L'autoefficacité peut jouer un rôle important dans les programmes de traitement (Thompson et coll. [2002]);
- Le modèle de traitement peut influencer sur le taux d'abandon du programme (McDonagh et coll. [2005]);
- Les clients qui s'engagent sur le plan émotif se rétablissent plus rapidement (Gilboa-Schechtman et Foa [2001]);
- La victime peut éviter les fournisseurs de services aux victimes (Boccellari et coll. [2007]);
- Le fait d'avoir un emploi peut accroître le risque d'une piètre adaptation, probablement en raison de l'ajout d'agents de stress attribuables au travail (Boccellari et coll. [2007]);
- L'adaptation axée sur l'émotion peut diminuer la détresse (Green et Diaz [2007 et 2008]).

Réorganisation et résolution du problème

- Le rétablissement ne signifie pas le retour à l'état qui précédait la victimisation (Hagemann [1992]);
- Le modèle transthéorique de changement de comportement peut aider au maintien de nouveaux comportements plus sains (Prochaska, DiClemente et Norcross [1992]);
- La victime peut se convaincre qu'avoir survécu au crime signifie qu'elle est forte (Hagemann [1992]; Thompson [2000]);
- Les stratégies d'adaptation négatives qui subsistent doivent être délaissées (Dempsey [2002]);
- L'activisme peut devenir un résultat positif à long terme de la victimisation (Hagemann [1992]);
- La victime peut attribuer les problèmes physiques aux effets négatifs du traumatisme (Manktelow [2007]).

8.0 Bibliographie

Abrams, D., G. T. Viki, B. Masser et G. Bohner. 2003. Perceptions of stranger and acquaintance rape: the role of benevolent and hostile sexism in victim blame and rape proclivity. *Journal of Personality and Social Psychology* 84 (1): 111-125.

American Psychiatric Association. 1996. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e éd.)*. Paris, Masson.

*Amstadter, A. B., M. R. McCart et K. J. Ruggiero. 2007. Psychosocial interventions for adults with crime-related PTSD. *Professional Psychology: Research and Practice* 38(6): 640-651.

*AuCoin, K., et D. Beauchamp. 2007. Répercussions et conséquences de la victimisation, ESG 2004. *Juristat*. Vol. 27, no 1 Centre canadien de la statistique juridique. Ottawa, Statistique Canada. No 85-002-XIF au catalogue.

Bandura, A. 2003. *Auto-efficacité : le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris, Université De Boeck.

* Boccellari, A., J. Alvidrez, M. Shumway, et coll. 2007. Characteristics and psychosocial needs of victims of violent crime identified at a public-sector hospital: data from a large clinical trial. *General Hospital Psychiatry* 29: 236- 243.

* Boeckmann, R, J. et C. Turpin-Petrosino. 2002. Understanding the harm of hate crime. *Journal of Social Issues* 58(2): 207-225.

* Bondy, E., D. D. Ross, C. Galligane et E. Hambacher. 2007. Creating environments of success and resilience: Culturally responsive classroom management and more. *Urban Education* 42 (4): 326-348.

* Bonanno, G. A. 2005. Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science* 14 (3): 135-138.

* Bonanno, G. A. 2004. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist* 59(1): 20-28.

* Brewin, C., B. Andrews et S. Rose. 2003. Diagnostic overlap between acute stress disorder and PTSD in victims of violent crime. *The American Journal of Psychiatry* 160(4): 783-785.

Brewin, C. R., B. Andrews et J. D. Valentine. 2000. Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (5): 748-766.

Bromberg, P. M. 2003. Something wicked this way comes: Trauma, dissociation, and conflict: The space where psychoanalysis, cognitive science, and neuroscience overlap. *Psychoanalytic Psychology* 20(3): 558-574.

Brown, C. et K. M. O'Brien. 1998. Understanding stress and burnout in shelter workers. *Professional Psychology: Research and Practice* 29(4): 383-385.

Brunet, A., R. Boyer, D. S. Weiss et C. R. Marmar. 2001. The effects of initial trauma exposure on the symptomatic response to a subsequent trauma. *Canadian Journal of Behavioural Science/ Revue canadienne des sciences du comportement* 33 (2): 97-102.

* Bryant, F. B. et J. Veroff. 2007. *Savoring: A new model of positive experience*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Bryant, R. A, M. L. Moulds, R, M. Guthrie, S. T. Dang et R. D. V. Nixon. 2003. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(4): 706-712.

* Brzozowski, J. 2007. Les services aux victimes au Canada, 2005-2006. *Juristat*. Vol. 27, no 7. Ottawa, Statistique Canada. No 85-002-XIF au catalogue.

Burlingame, G. M. et C. M. Layne. 2001. Group-based interventions for trauma survivors: Introduction to the special issue. *Group Dynamics* 5(4): 243-245.

* Buzawa, E. J, G. Hotaling et J. T Byrne. 2007. Understanding the impact of prior abuse and prior victimization on the decision to forego criminal justice assistance in domestic violence incidents: A life-course perspective. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 7(1): 55-76.

- Byrne, C. A., H. S. Resnick, D. G. Kilpatrick, C. L. Best et B. E. Saunders. 1999. The socio-economic impact of interpersonal violence on women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(3): 362-366.
- Cadell, S., C. Regehr et D. Hemsworth. 2003. Factors contributing to post-traumatic growth: A proposed structural equation model. *American Journal of Orthopsychiatry* 73(3): 279-287.
- Calhoun, K. S. et B. M. Atkeson. 1991. *Treatment of rape victims: Facilitating psychosocial adjustment*. Toronto, ON: Pergamon Press.
- * Calhoun, L.G. et R. G. Tedeschi. 2006. The foundations of post-traumatic growth: An expanded framework. In *Handbook of post-traumatic growth: Research and practice*, sous la direction de L. G. Calhoun et R. G. Tedeschi, 3-23. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Campbell, R., T. Sefl, H. E. Barnes, C. E. Ahrens, S. M. Wasco et Y. Zaragoza-Diesfeld. 1999. Community services for rape survivors: enhancing psychological well-being or increasing trauma? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(6): 847-858.
- Casarez-Levison, R. 1992. An empirical investigation of coping strategies used by victims of crime: Victimization redefined. In *Critical issues in victimology: International perspectives*, sous la direction de E. Viano, 46-57. New York: Springer Publishing Co.
- * Cederborg, A. C. et M. Lamb. 2008. Interviewing alleged victims with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research* 52(1): 49-58.
- * Chemtob, C. M. et J. G. Calson. 2004. Psychological effects of domestic violence on children and their mothers. *International Journal of Stress Management* 11(3): 209-226.
- * Clarke, S. B., S. L. Rizvi et P.A. Resick. 2008. Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behavior Therapy* 39(1): 72-78.

- * Cloitre, M., K. C. Stovall-McClough, R. Mirand et C. M. Chemtob. 2004. Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child-abuse-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72(3): 531-534.
- * Cluss, P. A., J. C. Chang, L. Hawker, et coll. 2006. The process of change for victims of intimate partner violence: Support for a psychosocial readiness model. *Women's Health Issues* 16: 262-274.
- * Cohen, J., L. Berliner et A. Mannarino. 2003. Psychosocial and pharmacological interventions for child crime victims. *Journal of Traumatic Stress* 16(2): 175-186.
- * Combalbert, N. et M. Vitry. 2007. Psychological assistance to victims throughout difficult trials. *International Journal of Law and Psychiatry* 30:467-471.
- * Coifman, K. G., G. A. Bonanno et E. Rafaeli. 2007. Affect dynamics, bereavement and resilience to loss. *Journal of Happiness Studies* 8: 371-392.
- * Courtois, C. A. 2004. Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 41(4): 412-425.
- * Cyr, M., P. McDuff, J. Wright, C. Thériault et C. Cinq-Mars. 2005. Clinical correlates and repetition of self-harming behaviors among female adolescent victims of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse* 14(2): 49-68.
- Daley, S. E., C. Hammen et U. Rao. 2000. Predictors of first onset and recurrence of major depression in young women during the 5 years following high school graduation. *Journal of Abnormal Psychology* 109(3): 525-533.
- * Dana, R. H. 2000. An assessment-intervention model for research and practice with multicultural populations. In *Handbook of cross-cultural and multicultural personality assessment*, sous la direction de R. H. Dana, 5-16. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- * Danieli, Y., D. Brom et J. Sills. 2004. The Trauma of Terrorism: Contextual Considerations. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 1-17.

- * Daniels, J. A., M. C. Bradley et M. Hays. 2007. The impact of school violence on school personnel: Implications for psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice* 38(6): 652–659.
- Davis, C. G., S. Nolen-Hoeksema et J. Larson. 1998. Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning. *Journal of Personality and Social Psychology* 75(2): 561-574.
- * Dell, C. A. 2008. Women, girls et self-harm. Exposé fait devant le 12ième Symposium sur la violence et l'aggression, Service correctionnel du Canada et Université de la Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan.
- Dempsey, M. 2002. Negative coping as mediator in the relation between violence and outcomes: Inner-city African American youth. *American Journal of Orthopsychiatry* 72(1): 102-109.
- * DeValve, E. Q. 2005. A qualitative exploration of the effects of crime victimization for victims of personal crime. *Applied psychology in criminal justice* 1(2): 71-89.
- * Dunbar, E. 2006. Race, gender, and sexual orientation in hate crime victimization: Identity politics or identity risk? *Violence and Victims* 21(3): 323-337.
- * Elklit, A. et O. Brink. 2004. Acute Stress Disorder as a Predictor of Post-Traumatic Stress Disorder in Physical Assault Victims. *Journal of Interpersonal Violence* 19(60): 709-726.
- Everly, G. S., R. B. Flannery et J. T. Mitchell. 2000. Critical Incident Stress Management (CISM): A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior* 5: 23-40.
- Foy, D. W., C. B. Eriksson et G. A. Trice. 2001. Introduction to group interventions for trauma survivors. *Group Dynamics* 5(4): 246-251.
- * Frasier, P. Y., L. Slatt, V. Kowlowitz et P. T. Glowa. 2001. Using the stages of change model to counsel victims of intimate partner violence. *Patient Education and Counseling* 43: 211-217.
- * Fredrickson, B.L. 1998. What good are positive emotions? Review of *General Psychology: Special Issue: New Directions in Research on Emotion* 2:300-319.

- * Fredrickson, B. L., M. M. Tugade, C.E. Waugh et G. R. Larkin. 2003. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th 2001. *Journal of Personality and Social Psychology* 84(2): 365-376.
- * Gabriel, R., L. Ferrando, E. S. Corton, C. Mingote, E. Garcia-Camba, A. F. Liria et S. Galea. 2007. Psychopathological consequences after a terrorist attack: An epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *European Psychiatry* 22: 339-346.
- * Gannon, M., et K. Mihorean. 2005. La victimisation criminelle au Canada, 2004. *Juristat*. Vol. 25, no 7. Ottawa, Statistique Canada. No 85-002-XIF au catalogue.
- * Garnetts, L., G. M. Herek et B. Levy. 1990. Violence and victimization of lesbians and gay men: Mental health consequences. *Journal of Interpersonal Violence* 5(3): 366-383.
- * Gewirtz, A. et J. Edleson. 2007. Young children's exposure to intimate partner violence: Towards a developmental risk and resilience framework for research and intervention. *Journal of Family Violence* 22(3): 151-163.
- Gilboa-Schechtman, E. et E. B. Foa. 2001. Patterns of recovery from trauma: The use of intraindividual analysis. *Journal of Abnormal Psychology* 110(3): 392-400.
- * Gorde, M. W., C. A. Helfrich et M. L. Finlayson. 2004. Trauma symptoms and life skill needs of domestic violence victims. *Journal of Interpersonal Violence* 19(6): 691-708.
- Gorman, W. 2001. Refugee survivors of torture: Trauma and treatment. *Professional Psychology: Research and Practice* 32(5): 443-451.
- * Green D. L. et N. Diaz. 2007. Predictors of emotional stress in crime victims: Implications for treatment. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 7(3): 194-205.

- * Green D. L. et N. Diaz. 2008. Gender differences in coping with victimization. *Brief Treatment and Crisis Intervention (Advanced Access March 10, 2008)*: 1-9.
- * Green, D. L. et E. C. Pomeroy. 2007. Crime victims: What is the role of social support? *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 15(2): 97-113.
- * Green, D. L. et E. Pomeroy. 2007b. Crime victimization: Assessing differences between violent and nonviolent experiences. *Victims and Offenders* 2(1): 63-76.
- * Greenberg, M. S. et S. R. Beach. 2004. Property crime victims' decision to notify the police: Social, cognitive, and affective determinants. *Law and Human Behavior* 28(2): 177-186.
- Greenberg, M. S. et R. B. Ruback. 1992. *After the crime: Victim decision making*. New York: Plenum Press.
- Grosch, W. N., et D. C. Olsen. 1998. *Souffrir à force d'aider : le burnout dans la relation d'aide : une perspective nouvelle*. Bruxelles, Éditions SATAS.
- * Gutner, C., S. L. Rizvi, C. M. Monson et P. A. Resick. 2006. Changes in coping strategies, relationship to the perpetrator, and post-traumatic distress in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress* 19(6): 813-823.
- Hagemann, O. 1992. Victims of violent crime and their coping processes. In *Critical issues in victimology: International perspectives*, sous la direction de E. Viano, 58-67. New York, NY: Springer Publishing Co.
- Halligan, S. L, T. Michael, D. M. Clark et A. Ehlers. 2003. Post-traumatic stress disorder following assault: The role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(3): 419-431.

- * Hamberger, L. K. et M. B. Phelan. 2006. Domestic violence screening in medical and mental health care settings: overcoming barriers to screening, identifying, and helping partner violence victims. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 13(3): 61-99.
- Harvey, A. G. et R. A. Bryant. 2002. Acute Stress Disorder: A synthesis and critique. *Psychological Bulletin* 128(6): 886-902.
- * Haskett, M. E., K. Nears et C. S. Ward. 2006. Diversity in adjustment of maltreated children: Factors associated with resilient functioning. *Clinical Psychology Review* 26(6): 796-812.
- * Hembree, E. et E. I. Foa. 2003. Interventions for trauma-related emotional disturbances in adult victims of crime. *Journal of Traumatic Stress* 16(2): 187-199.
- * Hembree, E. A., G. P. Street, D. S. Riggs et E. B. Foa. 2004. Do assault-related variables predict response to cognitive behavioural treatment for PTSD? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72(3): 531-534.
- * Herek, G. M., J. C. Cogan et J. R. Gillis. 2002. Victim experiences in hate crimes based on sexual orientation. *Journal of Social Issues* 58(2): 319-339.
- * Hernandez, P., D. Gangsei et D. Engstrom. 2007. Vicarious resilience: A new concept in work with those who survive trauma. *Family Process* 46(2): 229-241.
- Hill, J.K. 2003. Réaction des victimes au traumatisme et conséquences sur les interventions : étude et synthèse de la documentation. Ottawa, ministère de la Justice du Canada.
- *Hill, J.K. 2004. Guide de traitement des victimes d'actes criminels : application de la recherche à la pratique clinique. Ottawa, ministère de la Justice du Canada.
- * Hill, J. K. 2008. Facing and overcoming the challenge: A review of the research on the psychological impact of crime victimization. Exposé fait devant le 12ième Symposium sur la violence et l'aggression, Service correctionnel du Canada et Université de la Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan.

Holman, E. A. et R. C. Silver. 1998. Getting "stuck" in the past: Temporal orientation and coping with trauma. *Journal of Personality and Social Psychology* 74(5): 1146-1163.

Holmqvist, R. et K. Andersen. 2003. Therapists' reactions to treatment of survivors of political torture. *Professional Psychology: Research and Practice* 34(3): 294-300.

* Janoff, D. V. 2007. *Pink blood : la violence homophobe au Canada : essai*. Montréal, Trityque.

* Kamphuis, J. J. et P. J. Emmelkamp. 2005. 20 Years of research into violence and trauma: Past and future developments. *Journal of Interpersonal Violence* 20(2): 167-174.

* Kaysen, D., T. W. Lostutter et M. A. Goines. 2005. Cognitive processing therapy for acute stress disorder resulting from an anti-gay assault. *Cognitive and Behavioral Practice* 12(3): 278-289.

Kilpatrick, D. G., K. J. Ruggiero, R. Acierno, B. E. Saunders, H. S. Resnick et C. L. Best. 2003. Violence and risk of PTSD, Major Depression, Substance Abuse/Dependence, and Comorbidity: Results from the national survey of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(4): 692-700.

Kliewer, W., L. Murrelle, R. Mejia, Y. Torres de G. et A. Angold. 2001. Exposure to violence against a family member and internalizing symptoms in Colombian adolescents: The protective effects of family support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(6): 971-982

Koraleski, S. F. et L. M. Larson. 1997. A partial test of the transtheoretical model in therapy with adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Counseling Psychology* 44(3): 302-306.

Kottler, J. A. 1999. *The therapist's workbook: Self-assessment, self-care, and self-improvement exercises for mental health professionals*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.

* Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens et coll. 2004. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72(1): 3-18.

* Kuehnle, K. et A. Sullivan. 2003. Gay and lesbian victimization: reporting factors in domestic violence and bias incidents. *Criminal Justice and Behavior* 30(1): 85-96.

* Lang, A. J., M. B. Stein, C. M Kennedy et D. W. Foy. 2004. Adult psychopathology and intimate partner violence among survivors of childhood maltreatment. *Journal of Interpersonal Violence* 19(10): 1102-1118.

Lawson, D. M. 2001. The development of abusive personality: A trauma response. *Journal of Counseling and Development* 79(4): 505-509.

Layne C. M., R. S. Pynoos, W. R. Saltzman, et coll. 2001. Trauma/Grief-focused group psychotherapy: School-based postwar intervention with traumatized Bosnian adolescents. *Group Dynamics* 5(4): 277-290.

Leahy, T., G. Pretty et G. Tenenbaum. 2003. Childhood sexual abuse narratives in clinically and nonclinically distressed adult survivors. *Professional Psychology: Research and Practice* 34(6): 657-665.

* Lebel, U. et N. Ronel. 2005. Parental discourse and activism as a response to bereavement of fallen sons and civilian terrorist victims. *Journal of Loss and Trauma* 10(4): 383-405.

* Leahy, T., G. Pretty et G. Tenenbaum. 2004. Perpetrator methodology as a predictor of traumatic symptomatology in adult survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence* 19(5): 521-540.

* Leone, J. M, M. P Johnson et C. L. Cohan. 2007. Victim help seeking: Differences between intimate terrorism and situational couple violence. *Family Relations* 56(5): 427-439.

Leymann, H. et J. Lindell. 1992. Social support after armed robbery in the workplace. In *The Victimology Handbook: Research findings, treatment, and public policy*, sous la direction de E. Viano, 285-304. New York: Garland Publishing Inc.

* Löbmann, R., W. Greve et P. Wetzels. 2003. Violence against women: Conditions, consequences, and coping. *Psychology, Crime and Law* 9(4): 309-331.

* Maercker, A. et A. Mehr. 2006. What if victims read a newspaper report about their victimization? A study on the relationship to PTSD symptoms in crime victims. *European psychologist* 11(2): 137-142.

* Manktelow, R. 2007. The needs of victims of the Troubles in Northern Ireland: The social work contribution. *Journal of Social Work* 7(1): 31-50.

* Marchand, A., S. Guay, R. Boyer, S. Iucci, A. Martinand et M. St-Hilaire. 2006. A randomized controlled trial of an adapted form of individual Critical Incident Stress Debriefing for victims of an armed robbery. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 6(2): 122-129.

Martínez-Taboas, A. et G. Bernal. 2000. Dissociation, psychopathology, and abusive experiences in a nonclinical Latino university student group. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 6(1): 32-41.

* Maslach, C. et M. P. Leiter. 1997. *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

* McDonagh, A., M. Friedman, G. McHugo, et coll. 2005. Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic post-traumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(3): 515-524.

McFarland, C. et C. Alvaro. 2000. The impact of motivation on temporal comparisons: Coping with traumatic events by perceiving personal growth. *Journal of Personality and Social Psychology* 79(3): 327-343.

Merrill, L. L., C. J. Thomsen, B. B. Sinclair, S. R. Gold et J. S. Milner. 2001. Predicting the impact of child sexual abuse on women: The role of abuse severity, parental support, and coping strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69(6): 992-1006.

Messman, T. L. et P. L. Long. 1996. Child sexual abuse and its relationship to revictimization in adult women: A review. *Clinical Psychology Review* 16(5): 397-420.

Mezy, G. 1988. Reactions to rape: Effect, counselling and the role of health professionals. In *Victims of crime: A new deal*, sous la direction de M. Maguire and J. Pointing, 66-73. Milton Keynes: Open University Press.

Mikulincer, M., V. Florian et A. Weller. 1993. Attachment styles, coping strategies, and post-traumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology* 64(5): 817-826.

* Miller, L. 1998. Psychotherapy of crime victims: Treating the aftermath of interpersonal violence. *Psychotherapy* 35(3): 336-345.

* Miller, A.M. et M. Heldring. 2004. Mental health and primary care in a time of terrorism: Psychological impact of terrorist attacks. *Families, Systems, and Health* 22(1): 7-30.

Mitchell, S. A. 1993. *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic Books.

* Mock, K. R. 1995. Combating racism and hate in Canada today: Lessons of the Holocaust. *Canadian Social Studies* 29(4): 143-146.

* Monroe, L. M., L. M. Kinney, M. D. Weist, D. Spriggs Dafeamekpor, J. Dantzer et M. W. Reynolds. 2005. The experience of sexual assault: Findings from a statewide victim needs assessment. *Journal of Interpersonal Violence* 20(7): 767-776.

* Morrison, W. et C. Doucet. 2008. Examining the relationship between victimization and substance use problems: Implications for the development of responsive services for clients. Fredericton: province du Nouveau-Brunswick.

* Mueller, J., H. Moergeli et A. Maercker. 2008. Disclosure and social acknowledgement as predictors of recovery from post-traumatic stress: A longitudinal study in crime victims. *The Canadian Journal of Psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie* 53(3): 160-168.

Nelson, B. S., S. Wangsgaard, J. Yorgason, M. Higgins Kessler et E. Carter-Vassol. 2002. Single- and dual-trauma couples: Clinical observations of relational characteristics and dynamics. *American Journal of Orthopsychiatry* 72(1): 58-69.

Nishith, P., M. B. Mechanic et P.A. Resick. 2000. Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormal Psychology* 109 (1): 20-25.

Nishith, P., P. A. Resick et M. G. Griffin. 2002. Pattern of change in prolonged exposure and cognitive-processing therapy for female rape victims with post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(4): 880-886.

Nolen-Hoeksema, S. et C. G. Davis. 1999. "Thanks for Sharing That": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology* 77(4): 801-814.

* Nordanger, D. 2007. Coping with loss and bereavement in post-war Tigray, Ethiopia. *Transcultural Psychiatry* (Dec): 545-565.

Norris, F. H., K. Kaniasty et M. P. Thompson. 1997. The psychological consequences of crime: Findings from longitudinal population-based studies. In *Victims of Crime*, sous la direction de R. C. Davis, A. J. Lurigo et W. G. Skogan, 146-166. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

* Orth, U., S. P. Cahill, E. B. Foa et A. Maercker. 2008. Anger and post-traumatic stress disorder symptoms in crime victims: A longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76(2): 208-218.

* Orth, U., L. E. Montada et A. Maercker. 2006. Feelings of revenge, retaliation motive, and post-traumatic stress reactions in crime victims. *Journal of Interpersonal Violence* 21(2): 229-243.

Ovaert, L. B., M. L. Cashel et K. W. Sewell. 2003. Structured group therapy for Post-traumatic Stress Disorder in incarcerated male juveniles. *American Journal of Orthopsychiatry* 73(3): 294-301.

Ozer, E. J., S.R. Best, T. L. Lipsey et D.S. Weiss. 2003. Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 129(1): 52-73.

* Pat-Horenczyk, R., et D. Brom. 2007. The multiple faces of post-traumatic growth. *Applied Psychology: An International Review/ Psychologie appliquée, revue internationale* 56(3): 379-385.

* Peleikis, D. E., A. Mykletum et A. A. Dahl. 2004. The relative influence of childhood sexual abuse and other family background risk factors on adult adversities in female outpatients treated for anxiety disorders and depression. *Child Abuse and Neglect* 28: 61-76.

* Pearlman, L. A. 1999. Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. In *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators*, sous la direction de B. H. Stamm, 51-6). Lutherville, MD: Sidran Press.

Pimlott-Kubiak, S. et L.M. Cortina. 2003. Gender, victimization, and outcomes: Reconceptualizing risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(3): 528-539.

Pines, A. et E. Aronson. 1988. *Career burnout: Causes and cures*. New York: The Free Press.

* Pivar, I. L. et H. G. Prigerson 2004. Traumatic loss, complicated grief, and terrorism. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 277-288.

Prochaska, J. O., C. C. DiClemente et J. C. Norcross. 1992. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47(9): 1102-1114.

Prochaska, J. O., W. F. Velicer, J. S. Rossi, et coll. 1994. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology* 13(1): 39-46.

Resick, P. A., P. Nishith, T.L. Weaver, M.C. Astin et C.A. Feuer. 2002. A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic post-traumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(4): 867-879.

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

Robinson, D. J. 2000. *Three Spheres: A Psychiatric Interviewing Primer*. London, ON: Rapid Psychler Press.

Rogers, K. et E. K. Kelloway. 1997. Violence at work: Personal and organizational outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology* 2(1): 63-71.

Rosen, C. S. 2000. Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis. *Health Psychology* 19(6): 593-604.

* Salston, M. D. et C. I Figley. 2003. Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress* 16(2): 167-174.

* Sansone, R.A., J.Chu1 et M. W. Wiederman. 2007. Self-inflicted bodily harm among victims of intimate-partner violence. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 14: 352-357.

* Scarpa, A. J, S. C. Haden et J. Hurley. 2006. Community violence victimization and symptoms of post-traumatic stress disorder: The moderating effects of coping and social support. *Journal of Interpersonal Violence* 21(4): 446-469.

* Shapiro, F. 2005. Des yeux pour guérir : EMDR : la thérapie pour surmonter l'angoisse, le stress et les traumatismes. Paris, Seuil.

* Shubs C. H. 2008. Countertransference issues in the assessment and treatment of trauma recovery with victims of violent crime. *Psychoanalytic Psychology* 25(1): 156-180.

Smith, K. J., L. M. Subich et C. Kalodner. 1995. The transtheoretical model's stages and processes of change and their relation to premature termination. *Journal of Counseling Psychology* 42(1): 34-39.

* Spataro, J., P. E. Mullen, P. M. Burgess, D. L. Wells et S. A. Moss. 2004. Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females. *The British Journal of Psychiatry* 184(5): 416-421.

* Staub, E. 1996. Preventing genocide: Activating bystanders, helping victims, and the creation of caring. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology* 2(3): 189-200.

* Steel, J., L. Sanna, B. Hammond, J. Whipple et H. Cross. 2004. Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse and Neglect* 28: 785-801.

Stillwell, A. M. et R. F. Baumeister. 1997. The construction of victim and perpetrator memories: Accuracy and distortion in role-based accounts. *Personality and Social Psychology Bulletin* 23(11): 1157-1172.

* Sun, R. C. F. et E. K. P. Hui. 2007. Building social support for adolescents with suicidal ideation: implications for school guidance and counselling. *British Journal of Guidance and Counselling* 35(3): 299-316.

* Shurman, L. A. et C. M. Rodriguez. 2006. Cognitive-affective predictors of women's readiness to end domestic violence relationships. *Journal of Interpersonal Violence* 21(11): 1417-1439.

* Tedeschi, R. G. et L. G. Calhoun. 2004. Post-traumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry* 15(1): 1-18.

* Thielman, S. B. 2004. Observations on the impact on Kenyans of the August 7, 1998, bombing of the United States Embassy in Nairobi. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 233-240.

Thompson, M. 2000. Life after rape: A chance to speak? *Sexual and Relationship Therapy* 15(4): 325-343.

Thompson, M. P., N. J. Kaslow, L. M. Short et S. Wyckoff. 2002. The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy-suicide attempts relation among African American abused women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70(4): 942-949.

Tugade, M. M. et B. Fredrickson. 2007. Regulation of positive emotions: emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies* 8: 311-333.

Ullman, S. E. 1999. Social support and recovery from sexual assault: A review. *Aggression and Violent Behavior* 4(3): 343-358.

* Ullman, S., H. H. Filipas et S. M. Townsend. 2006. The role of victim-offender relationship in women's sexual assault experiences. *Journal of interpersonal violence* 21(6): 798-819.

Weinrath, M. 2000. Violent victimization and fear of crime among Canadian Aboriginals. In *Race, ethnicity, sexual orientation, violent crime: The realities and the myths*, sous la direction de J. Pallone, 107-120. New York: Haworth Press.

* Weiss, L. (2004). *Therapist's guide to self-care*. New York, NY: Brunner-Routledge.

* Wertheimer, D. M. 1990. Treatment and service interventions for lesbian and gay male crime victims. *Journal of Interpersonal Violence* 5(3): 384-400.

* Westphal, M., et G. A. Bonanno. 2007. Post-traumatic growth and resilience to trauma: different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology: An International Review/ Psychologie appliquée, revue internationale* 56(3): 417-427.

* Williams, R. 2007. The psychosocial consequences for children of mass violence, terrorism and disasters. *International Review of Psychiatry* 19(3): 263 – 277.

Wilmsen-Thornhill, N. et R. Thornhill. 1991. An evolutionary analysis of psychological pain following human (*homo sapiens*) rape: IV. The effect of the nature of the sexual assault. *Journal of Comparative Psychology* 105(3): 243-252.

* Winkel, F W., E. Blaauw, L. Sheridan et A. C. Baldry. 2003. Repeat criminal victimization and vulnerability for coping failure: A prospective examination of a potential risk factor. *Psychology, Crime and Law* 9(1): 87-95.

Wolkenstein, B. H. et L. Sterman. 1998. Unmet needs of older women in a clinic population: The discovery of possible long-term sequelae of domestic violence. *Professional Psychology: Research and Practice* 29(4): 341-348.

* Yamawaki, N. 2007. Differences between Japanese and American college students in giving advice about help seeking to rape victims. *The Journal of Social Psychology* 147(5): 511–530.

* Ystgaard, M., I. Hestetum, M. Loeb et L. Mehlum. 2004. Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior? *Child Abuse and Neglect* 28, 863-875.

* Young, M. S., K. Harford, B. Kinder et J. K. Savell. 2007. The relationship between childhood sexual abuse and adult mental health among undergraduates: Victim gender doesn't matter. *Journal of Interpersonal Violence* 22(10): 1315-1331.

* Zoellner, L. A., E. B. Foa et B. D. Brigidi. 1999. Interpersonal friction and PTSD in female victims of sexual and nonsexual assault. *Journal of Traumatic Stress* 12: 689–700.

Deuxième partie : Sujets spéciaux

9.0 Victimes de la haine et de crimes haineux

Introduction

Aider les victimes de tout genre de crime peut être difficile, mais gratifiant. Même si l'on met l'accent sur l'acte criminel et sur l'aide à apporter à la victime pour qu'elle donne un sens à cette expérience qui peut être traumatisante, il importe encore plus de se concentrer sur la personne. Dans le cas des victimes de crimes haineux, la relation personnelle et professionnelle peut être encore plus délicate et importante, car vous faites tous deux face aux répercussions de l'incident. Le présent chapitre porte sur les questions dont les intervenants doivent tenir compte lorsqu'ils travaillent auprès de victimes de la haine et de crimes haineux, il soulève d'importantes questions relatives au traitement et il donne aux intervenants certaines idées sur les moyens à employer avec ces victimes et la façon de les aider à reprendre le cours normal de leur vie.

Au cours de l'analyse des travaux de recherche, les crimes haineux ont été étudiés comme un tout, et non pas ventilés selon les types particuliers de victimisation fondés, par exemple, sur la race, la religion ou l'identité sexuelle. Même si des caractéristiques ou des aspects spéciaux s'appliquent à chacun des groupes, comme le traitement qu'ils ont subi par le passé dans la société, ce chapitre a pour objet de faire ressortir les questions qui sont susceptibles de revêtir de l'importance pour toute victime qui estime que les préjugés font partie des raisons pour lesquelles elle a subi un acte criminel. Nous invitons vivement les lecteurs à examiner les travaux de recherche et les questions qui se rapportent expressément aux besoins de chaque client. Le présent chapitre ouvre le débat autour des questions en général et offre aux intervenants des pistes qu'ils devront suivre par leur propre apprentissage.

Enfin, un mot sur le traitement des victimes de crimes haineux, des questions de culture et des interventions auprès des victimes de ces communautés : la plupart des victimes de crimes haineux sont également membres de groupes qui ne font pas partie de la culture dominante. C'est pourquoi l'agresseur s'en prend à elles. Les préjugés et la discrimination sont des phénomènes auxquels bien des personnes de ces groupes font face tous les jours. Cette réalité quotidienne agit comme un prisme que les victimes des crimes haineux utilisent pour

comprendre le système de justice pénale, la police et les services d'aide aux victimes et lorsqu'elles demandent de l'aide. Les intervenants s'inspireront de ce chapitre pour décider comment ils pourraient mieux aider la personne à faire face à la victimisation et pour comprendre la réalité sociale de la victime.

Le présent chapitre ouvre sur la définition des crimes haineux et donne aux intervenants une idée de ce qui peut arriver aux victimes. Vient ensuite un examen des questions générales que les intervenants doivent comprendre pour répondre aux questions délicates entourant la culture, les préjugés et la société, puis un examen des effets d'ordre psychologique qu'un crime haineux a sur la victime ainsi que des suggestions quant aux mesures que les intervenants pourraient prendre. Le chapitre se termine sur les questions qui touchent les fournisseurs de services; une section sur les ressources s'adresse aux intervenants qui désirent d'autres renseignements sur ce sujet.

Définition du crime haineux

Aux fins du présent chapitre, la définition suivante du « crime haineux »⁶ sera utilisée :

[...] Infractions criminelles motivées par la haine de la race, de l'origine nationale ou ethnique, de la langue, de la couleur, de la religion, du sexe, de l'âge, de la déficience mentale ou physique, de l'orientation sexuelle ou d'autres facteurs semblables.

Définition du Programme de déclaration uniforme de la criminalité, version 2.2⁷.

La question du crime motivé par la haine est traitée aux articles 318 (préconiser le génocide) et 319 (incitation publique à la haine) du Code criminel (L.R., 1985, ch. C 46), ainsi que dans les dispositions du Code criminel sur la détermination de la peine, à savoir le sous-alinéa 718.2 a) (i). Aux termes de ces dispositions sur la détermination de la peine, les tribunaux doivent tenir compte, pour déterminer la peine, des éléments de preuve établissant « que l'infraction est motivée par des préjugés ou de la haine fondés sur des facteurs tels que la race, l'origine

6 On trouve aussi les expressions « crime motivé par la haine » et « crime motivé par les préjugés » dans les textes.

7 Au Canada, des statistiques officielles sur la criminalité sont recueillies systématiquement par les services de police depuis 1962 dans le cadre du Programme de déclaration uniforme de la criminalité. Les mises à jour de l'enquête (maintenant rendue à la version 2.2) tiennent compte des modifications apportées au *Code criminel*. Tous les services de police participent au programme en présentant des données au Centre canadien de la statistique juridique (CCSJ), qui fait partie de Statistique Canada, selon un ensemble de catégories de crimes et de définitions communes approuvées à l'échelle nationale.

nationale ou ethnique, la langue, la couleur, la religion, le sexe, l'âge, la déficience mentale ou physique, l'orientation sexuelle ou d'autres facteurs semblables ». De plus, une disposition expresse au paragraphe 430 (4.1) du Code criminel vise le méfait contre un bien servant au culte religieux.

En tant que clinicien, toutefois, notre approche n'est pas fondée sur une position juridique ou de principe, mais sur la définition du crime par la victime. Si la victime croit que la haine ou les préjugés expliquent en partie la victimisation, nous la traiterions en nous appuyant sur bon nombre des principes et des questions soulevés dans le présent chapitre même si nous n'acceptons pas une telle évaluation. Les victimes de tous les crimes ont besoin d'empathie et de compréhension, et l'examen de leur expérience du crime les aidera à mieux comprendre ce qui est arrivé (Teyber [2006]).

Cette compréhension s'obtient en partie par l'examen d'une foule de comportements criminels qui pourraient être considérés comme des crimes haineux. Selon Boeckmann et Turpin-Petrosino [2002], la gamme des crimes haineux va des actes de délinquance juvénile presque sans signification (par exemple causer des dommages à une synagogue pendant une nuit de vandalisme généralisé) à une manifestation politique plus organisée (comme un groupe haineux qui incendie une synagogue). La plupart des études et des textes dans ce domaine portent sur l'intimidation, le harcèlement, le vandalisme (contre les maisons ou les lieux commerciaux), la vandalisation de biens religieux, les agressions personnelles (physiques ou sexuelles) et les homicides (Barnes et Ephross [1994]; Cheng [2004]; Garnetts et coll. [1990]; Jacobs et Potter [1998]; McPhail [2002]). Même si la plus grande partie de la recherche porte sur les crimes haineux dans les collectivités, plusieurs auteurs considèrent l'Internet comme un nouveau moyen de communication par lequel les groupes et les individus haineux peuvent promouvoir leurs points de vue (Adams et Roscigno [2005]; Boeckmann et Turpin-Petrosino [2002]; Glaser et coll. [2002]; Mock [2000]). Le paragraphe 13(1) de la Loi canadienne sur les droits de la personne interdit de diffuser des messages haineux; il a été modifié en 2002⁸ pour englober les messages haineux par Internet (voir Mock [2000] pour un examen sur la liberté d'expression par rapport au discours haineux). Les intervenants ne doivent pas oublier que tous

8 2001, chap. 41, art. 88.

9 Les lecteurs qui s'intéressent à un examen plus approfondi des questions relatives aux crimes haineux doivent lire le rapport final du Groupe de travail communautaire pour la lutte contre les crimes haineux [2006], intitulé *La lutte contre le crime haineux en Ontario*. Ce rapport présente en détail un historique, des définitions, des lois, des groupes de défense, etc.

les crimes haineux impliquent un comportement illégal. Dans le cas des crimes haineux, toutefois, la motivation de l'auteur comporte des préjugés contre la victime ou le groupe⁹.

Les crimes haineux comportent une autre dimension : ils transmettent un message à l'ensemble de la communauté. Même si un acte criminel particulier peut viser un individu, l'objectif de l'auteur consiste à propager la peur dans la communauté de la victime (Blee [2007]; Dauvergne et coll. [2008]; Mock [1995, 2002]; Petersilia [2001]). Un élément primordial de la compréhension des crimes haineux est ce que Berk, Boyd et Hamner [1992] appellent la caractéristique « restrictive » des crimes haineux : sans les préjugés de l'auteur du crime, celui-ci n'aurait pas eu lieu. L'objectif principal est de causer des préjudices causés à la personne en raison de son appartenance au groupe, et non à cause de ses caractéristiques individuelles (Blake [2001]). La victime est ciblée pour causer des préjudices au groupe représenté, non à l'individu. Cette interchangeabilité de la victime comme représentante du groupe est un autre marqueur du crime haineux (Jacobs et Potter [1998]; McDevitt et coll. [2001]).

Bien que des inconnus aient commis 77 p. 100 des crimes haineux violents signalés à la police au Canada (Dauvergne et coll. [2008]), parfois le crime peut comprendre un élément personnel. Selon une étude, beaucoup de victimes qui déclarent des crimes haineux en connaissent les auteurs, ne serait-ce que par hasard (Mason [2005]). Par exemple, la victime peut être une lesbienne connue dans la collectivité qui est harcelée par un voisin. En fait, les études sur les victimes lesbiennes montrent qu'elles sont plus susceptibles d'être visées par des membres de leur famille, des amis et des connaissances que par des inconnus (Stermac et Sheridan [1993]). Les intervenants doivent donc éviter de supposer, lorsqu'ils recueillent des renseignements, que le crime haineux a été commis par un « inconnu ».

Questions courantes

Culture

La culture se rapporte à un ensemble de significations partagées qui forment une structure de relations sociales (Truscott et Crook [2004]). Chacune des communautés visées dans les crimes haineux (race, origine nationale ou ethnique, langue, couleur, religion, sexe, âge, déficience mentale ou physique, orientation sexuelle ou tout autre facteur semblable) peut être considérée d'un point de vue culturel

comme étant différente de la culture dominante ou comme ayant des normes différentes. Toutefois, les intervenants ne doivent pas commettre la même erreur que les auteurs de crimes haineux : chaque victime est un individu et ne peut pas être considérée simplement comme un membre du groupe. Les intervenants doivent connaître les normes de la communauté, mais ils doivent aussi se rappeler que cette personne a un point de vue unique et doit faire l'objet de leur attention (Truscott et Crook [2004]).

Aux fins du présent chapitre, nous adopterons une définition générale de la culture comprenant plusieurs éléments de l'identité. Lorsqu'il est question de culture dominante ou de groupe dominant, ces termes se rapportent à la culture générale. On la définirait en gros au Canada comme le groupe composé de blancs (Européens du Nord, de la classe moyenne, hétérosexuels et non handicapés). Toutefois, il importe de noter que les valeurs et la composition particulière d'une culture dominante varient d'une région à l'autre du pays. Le lecteur doit se rappeler que la dominance ne se rapporte pas aux plus nombreux, mais à ceux qui ont plus de pouvoir (social, économique ou politique) et qui définissent ce qui est « normal ».

Les préjugés dans la société

Tous les crimes sont commis dans un contexte social. Des pressions sociales, économiques, familiales et personnelles s'exercent sur la victime et l'auteur du crime. Cependant, d'aucuns soutiennent qu'il faut aussi comprendre les crimes haineux dans le contexte de la vie dans une société préjudiciable (Garnetts et coll. [1990]; Herek et coll. [1997]; Perry [2002]; Willis [2004]). C'est-à-dire que dans notre société, il y a des personnes et des comportements qui sont considérés comme acceptables et « normaux » et ceux qui sont considérés comme « différents ». Souvent, ceux qui sont jugés différents peuvent être la cible des crimes motivés par les préjugés et, peut-être, par la haine. L'examen de la liste de ceux qui sont victimes des crimes haineux permet aux intervenants de remarquer que ce sont tous en général des gens qui sont considérés comme étant à l'extérieur ou en marge de la société (Kaysen et coll. [2005]). Outre le contexte du crime, les intervenants doivent se rendre compte que cette dynamique de l'appartenance au groupe ou de l'exclusion de celui-ci peut causer beaucoup de détresse à la victime et à sa famille (Ardley [2005]; Bryant-Davis et Ocampo [2005]; Dunbar [2001]; Glaser et coll. [2002]; Mock [1995]). Combattre les préjugés peut faire partie de sa vie quotidienne, et cela fera vraisemblablement partie du traitement de la victime (Teyber [2006]).

Le présent chapitre n'examinera pas en détail les motivations des auteurs des crimes; toutefois, il convient d'attirer l'attention sur les préjugés dans la présente section. Dans son examen du racisme, la British Columbia Human Rights Coalition [2003] a défini les préjugés comme « des croyances ou des attitudes à l'endroit d'un individu ou d'un groupe fondées sur des stéréotypes négatifs ou positifs ». La Coalition fait observer que nous apprenons les stéréotypes dans notre famille et nos collectivités et, à mesure que nous en venons à les croire, il se crée des préjugés qui peuvent influencer sur le comportement. Lorsque nous donnons suite à ces préjugés, cela devient de la discrimination et, en cas de perpétration d'un acte criminel, cela devient un crime haineux (British Columbia Human Rights Coalition [2003]). Reflets des préjugés dans la société, les auteurs de ces crimes considèrent souvent leurs actes comme justes et corrects (McDevitt et coll. [2002]). Il peut donc sembler acceptable d'intimider ou de harceler les membres des minorités visibles en milieu de travail ou à l'école ou de se rendre dans des secteurs fréquentés par les gais et d'injurier les personnes dans la rue. Ces préjugés peuvent sembler être le fait d'une société qui accepte les préjugés. Par exemple, lorsqu'il a examiné les crimes haineux commis après le 11 septembre 2001, Gerstenfeld [2002] a constaté que certains délinquants considéraient leurs actes criminels comme étant positifs, justifiés et patriotiques. Il s'agit de toute évidence d'un reflet non seulement de leurs points de vue personnels, mais des points de vue de leurs communautés, de leurs familles et de leurs amis (Gerstenfeld [2002]; Staub [1996]).

Signalement du crime

De nombreux ouvrages portent sur le fait que de nombreuses victimes de crimes haineux ne signalent pas le crime aux autorités (Boeckmann et Turpin-Petrosino [2002]; Garnetts et coll. [1990]; Herek et coll. [1999]; Herek et coll. [2002]; Janoff [2005]; Kaysen et coll. [2005]; Kuehnle et Sullivan [2003]; Wolff et Cokely [2007]). Selon des publications récentes de Statistique Canada, 60 p. 100 des crimes haineux ne sont pas déclarés à la police (Dauvergne et coll. [2008]). Plusieurs chercheurs ont observé que les victimes peuvent être réticentes à signaler les crimes haineux en raison de la crainte de la victimisation secondaire et(ou) de la crainte de la réaction de la police ou d'autres intervenants (Herek et coll. [2002]; Peel [1999]; Wolff et Cokely [2007]). Même les membres du public pourraient blâmer la victime d'avoir « attiré le crime sur elle » (Herek et coll. [1999]; Lieberman et coll. [2001]; Wolff et Cokely [2007]). Cela a trait directement aux questions que soulève le fait de considérer notre société comme ayant des préjugés.

Ces chercheurs ont également cité plusieurs autres raisons que les gens donnent pour ne pas signaler les crimes haineux (Herek et coll. [2002]; Peel [1999]) :

- o le crime n'était pas important ou il était peu probable que la police attrape les auteurs du crime;
- o la personne estimait qu'il s'agissait d'une question personnelle, par exemple le harcèlement de la famille, des collègues de travail, des camarades de classe, etc.;
- o la personne s'attribuait la faute ou était embarrassée d'avoir été victime;
- o la personne ne croyait pas que c'était un crime;
- o la personne a réglé ou a essayé de régler le problème et ne croyait pas qu'elle avait besoin de contacter la police.

Les expériences antérieures de la victime peuvent également déterminer si elle signalera le crime. Selon Stermac et Sheridan [1993], les personnes qui appartiennent à plus d'un groupe minoritaire risquent plus d'être victimes de crimes haineux et de discrimination dans la société. Ce sentiment de ne pas être acceptées en raison de multiples étiquettes peut également réduire les possibilités qu'elles signalent le crime (Dunbar [2006]). Ainsi, une Autochtone lesbienne pourrait être moins susceptible de déclarer un crime haineux qu'une Blanche lesbienne. Dunbar [2006] soutient en outre que dans le cas des victimes de la violence faite aux gais, plus l'agression est violente, moins ils sont susceptibles de la signaler. Les intervenants peuvent devoir aider les victimes à examiner le coût et les avantages du signalement du crime aux autorités (Garnetts et coll. [1990]).

Compte tenu de ce qui précède, certains chercheurs ont examiné le cas de ceux qui ont signalé les crimes. McDevitt et coll. [2001] ont noté que les victimes de crimes haineux étaient plus susceptibles de parler à d'autres personnes avant de signaler le crime. Cela peut être attribuable au besoin des victimes de crimes de décider si ce qui est arrivé était un crime ou de demander d'autres genres de soutien. Peel [1999] a indiqué que ceux qui signalent les crimes haineux sont plus susceptibles de considérer la police comme efficace et d'affirmer qu'ils ne voulaient pas que les auteurs des crimes « gagnent ». Toutefois, ceux qui ont déclaré les crimes ressentaient aussi plus de crainte au sujet du signalement du crime (Peel [1999]).

Vagues de préjudices

Même si l'acte criminel causent des préjudices à la victime directe, il y a également de nombreuses victimes secondaires (Ardley [2005]; Blee [2007]; Jacobs et Potter [1998]; McDonald et Hogue [2006]). Iganski [2001] a décrit les « vagues de préjudices » qui déferlent de la victime initiale au groupe ou au quartier de la victime initiale, du groupe de la victime initiale au-delà du quartier, à d'autres communautés ciblées, aux normes et aux valeurs sociales. Les crimes haineux envoient un message clair aux membres de la communauté de la victime initiale selon lequel ils ne sont pas bienvenus ou acceptés dans la société (Jacobs et Potter [1998]), qu'ils vivent ou non dans le secteur immédiat (Blee [2005]). Par exemple, si une synagogue de Montréal est vandalisée, cela peut influencer sur les sentiments de sécurité d'une personne juive à Vancouver. On pourrait observer d'autres sentiments de peur, de manque de sécurité et de vulnérabilité chez tous les membres de la communauté visée (Boeckmann et Turpin-Petrosino [2002]; Jacobs et Potter [1998]; Herek et coll. [2002]; Jenness et Broad [1997]; Mock [1995 et 2002]). Il peut en résulter une crainte de marginalisation encore plus vive.

Effets psychologiques

Beaucoup de chercheurs dans ce domaine conviennent que les crimes haineux ont un effet sur la victime qui va au-delà de l'acte criminel lui-même (Ardley [2005]; Boeckmann et Turpin-Petrosino [2002]; Iganski [2001]). Même si bon nombre des réactions énumérées dans la présente section pourraient être observées chez toute victime de crime, les chercheurs les considèrent particulièrement importantes dans le cas des victimes de crimes haineux. En fait, elles peuvent être simplement une réaction raisonnable au stress extraordinaire que cause le fait d'être ciblé par l'auteur du crime et de subir des préjudices en raison de caractéristiques qui échappent à la volonté de la victime (Bryant-Davis et Ocampo [2005]; Craig-Henderson et Sloan [2003]).

Selon des études sur les victimes de crimes haineux, à l'instar des autres victimes, souvent :

- elles se sentent moins en sécurité (Boeckmann et Turpin-Petrosino [2002]; Garnetts et coll. [1990]; Janoff [2005]; Staub [1996]);
- elles voient le monde comme étant moins ordonné et ayant moins de sens (Garnetts et coll. [1990]);

- elles ont une plus faible estime de soi (Dunbar [2006]; Garnetts et coll. [1990]; Mock [1995]; Janoff [2005]);
- elles se sentent moins efficaces (Staub [1996]);
- elles ont des problèmes dans leurs relations personnelles (Janoff [2005]; Staub [1996]);
- elles se sentent coupables et se blâment (Dunbar [2006]; Wertheimer [1990]);
- elles remettent en question leur capacité de se protéger (Staub [1996]);
- elles ont l'impression de ne pas pouvoir atteindre leurs objectifs dans la vie (Staub [1996]);
- elles éprouvent de la colère envers l'ensemble de la communauté ou du sous-groupe (Herek et coll. [1997]; Janoff [2005]; Staub [1996]);
- elles sont dépressives (Herek et coll. [1997]; Janoff [2005]);
- elles souffrent d'anxiété ou de stress post-traumatique (Garnetts et coll. [1990]; Herek et coll. [1997]; Janoff [2005]);
- elles ont des maux de tête et des cauchemars, pleurent, sont agitées et nerveuses et maigrissent (Garnetts et coll. [1990]; Janoff [2005]);
- elles consomment plus d'alcool et d'autres drogues (Janoff [2005]).

Différences par rapport aux autres victimes

Il y a des différences entre les victimes de crimes haineux et les victimes d'autres genres de crime. Les résultats qui suivent proviennent d'études où l'on a comparé directement les victimes de crimes haineux à des victimes d'autres genres de crimes (c'est à dire même communauté) pour établir les différences de réaction. Dans la plupart des cas, la réaction est semblable (voir le tableau 1 de la première partie), mais l'effet négatif est plus grand chez les victimes de crimes haineux.

Comparativement aux autres victimes, les victimes de crimes haineux sont plus susceptibles :

- de subir des agressions brutales (Janoff [2005]; Willis [2004]) – et sont presque trois fois plus susceptibles de subir des blessures graves (Messner et coll. [2004]);
- de signaler une plus grande détresse (Dauvergne et coll. [2008]; Herek et coll. [1997]; Herek, Gillis et Cogan [1999]; McDevitt et coll. [2001]; Mjoseth [1998]);

- de déclarer des niveaux de crainte plus élevés (Craig-Henderson et Sloan [2003]; Dauvergne et coll. [2008]; Herek et coll. [2002]; McDevitt et coll. [2001]);
- de signaler des niveaux plus élevés de dépression, d'anxiété, de colère et de symptômes du SSPT (Herek et coll. [1997]; McDevitt et coll. [2001]) – même si d'autres chercheurs n'ont constaté aucune différence entre les deux groupes en ce qui concerne la dépression (Rose et Mechanic [2002]);
- de considérer les autres comme dangereux (Herek et coll. [1997]; Herek et coll. [1999]);
- de considérer le monde comme peu sûr (Dauvergne et coll. [2008]; Herek et coll. [1999]; McDevitt et coll. [2001]);
- de considérer leur risque de victimisation future comme étant plus élevé qu'auparavant (Herek et coll. [1997]);
- de manifester un niveau relativement faible de maîtrise personnelle (Herek et coll. [1999]);
- de considérer les échecs personnels comme étant attribuables aux préjugés (Herek et coll. [1999]);
- d'indiquer qu'il est « très difficile » de se remettre de l'incident (McDevitt et coll. [2001]);
- de signaler que l'incident a des répercussions importantes sur leur vie (Craig-Henderson et Sloan [2003]; Dauvergne et coll. [2008]);
- de déclarer avoir plus de pensées envahissantes au sujet de l'incident et de ne plus vouloir vivre (McDevitt et coll. [2001]);
- de perdre leur emploi (McDevitt et coll. [2001]);
- de signaler d'importants problèmes de santé (McDevitt et coll. [2001]).

Les intervenants voudront accorder une attention particulière à ces questions et à d'autres qu'ils sont habitués d'observer chez les autres victimes de crimes. La réaction plus vive des victimes de crimes haineux peut s'expliquer par le fait que les auteurs de ces crimes ont choisi leurs victimes d'après des caractéristiques que les victimes peuvent difficilement changer (Blake [2001]; Craig-Henderson et Sloan [2003]; McDevitt et coll. [2001]), d'où leur difficulté accrue de croire à nouveau en un monde sûr. En outre, après le crime haineux, la victime est encore susceptible de rencontrer d'autres préjugés qui feront de nouveau ressortir le fait que certains membres de la société dominante ne l'acceptent pas (Ardley [2005]; Garnetts et coll. [1990]; Herek et coll. [1997]; Willis [2004]).

Questions d'identité

Les intervenants noteront que beaucoup de patients qui sont victimes de crimes haineux ont de la difficulté à exprimer comment ils se voient ainsi que les autres et leurs relations. L'identité comprend le sentiment d'appartenir au groupe, des comportements et des pratiques propres au groupe ainsi que l'exploration du groupe et l'engagement envers celui-ci (Dubow et coll. [2000]). Selon plusieurs auteurs, les personnes qui s'identifient et se définissent par rapport à leur communauté peuvent risquer davantage de développer des symptômes après avoir été victimes d'un crime haineux (Dubow et coll. [2000]; Janoff [2005]) ou de tout acte motivé par des préjugés (Moradi et Risco [2006]). Cela tient peut-être au fait que la victime a subi une agression et à la façon dont elle se perçoit (Blake [2001]; Kaysen, Lostutter et Goines [2005]; Staub [1996]). D'autres indiquent toutefois que les victimes qui n'ont pas de liens solides avec les caractéristiques identitaires visées par le crime peuvent être plus susceptibles de se blâmer, de se sentir nulles et de ne pas signaler le crime (Boeckmann et Liew [2002]). Les intervenants doivent évaluer l'importance des questions d'identification au groupe pour la victime. En sachant si une victime s'identifie beaucoup ou non à ce groupe, les intervenants pourraient mieux prédire les genres de problèmes auxquels elle pourrait faire face et l'orienter vers les services de soutien appropriés.

D'autre part, les chercheurs observent en outre que les personnes qui s'identifient fortement à leur communauté peuvent aussi faire appel aux enseignements et aux membres de leur groupe pour savoir comment s'adapter (Adams et coll. [2006]; Dubow et coll. [2000]; Mock [1995]). Elles sont aussi plus susceptibles d'avoir un soutien social dans la collectivité qui les aidera à saisir la signification de l'incident (Blee [2005]; Janoff [2005]; Miville et coll. [2005]). De plus, elles sont probablement plus portées à signaler le crime, à demander de l'aide et à renforcer leur identité auprès de leur communauté (Boeckmann et Liew [2002]). Selon des études sur divers groupes ethniques et culturels, bien des personnes utilisent leur statut et leur identité au sein du groupe pour se comprendre et comprendre leur monde (Alvarez et coll. [2006]; Chen et coll. [2006]; Miville et coll. [2005]; Wester et coll. [2006]). Cette compréhension peut influencer grandement le sens que la personne donne à sa victimisation. Les intervenants devraient inciter les victimes qui s'identifient fortement au groupe à faire appel aux mesures de soutien dans leur communauté ainsi qu'à

d'autres services de soutien. Cela les aidera également à trouver un sens qui correspond à leur relation avec leur groupe particulier et avec la société dominante (Craig-Henderson et Sloan [2003]; Dunbar [2001]).

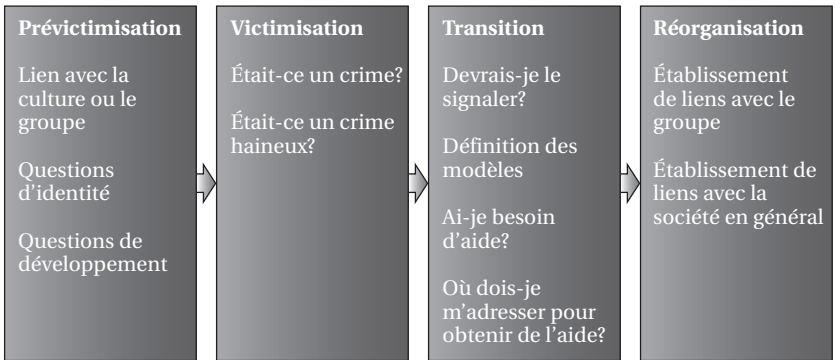
Le principal objectif du traitement de la victime d'un crime est de l'aider à sortir de la crise causée par la victimisation et à reprendre le cours normal de sa vie. S'il y a lieu, ce processus consiste à l'aider à comprendre comment elle s'intègre maintenant à son groupe particulier et à la culture dominante (Dunbar [2001]). Dans le cas des victimes multiraciales ou des victimes qui font partie de différents groupes d'identité (p. ex. Noir, catholique et gai), la guérison peut aussi comprendre l'aide apportée pour faciliter l'accès aux atouts et à l'identité de plusieurs communautés différentes (Miville et coll. [2005]). Rosenwasser [2000] décrit un processus de groupe appelé interrogation coopérative où des gens travaillent ensemble pour développer leur identité malgré les difficultés. Le processus comprend des éléments qui aident les membres à développer une identité saine par rapport à leur groupe et à la société en général. Il semble que cette acceptation de son identité communautaire et l'établissement de limites concernant les rapports avec la culture dominante aident les gens à remonter la pente d'une manière saine.

Même si le présent chapitre n'a pas porté de façon générale sur un groupe en particulier, il y a une question propre aux gais, aux bisexuels et aux lesbiennes qu'il vaut la peine de relever. Plusieurs chercheurs ont noté que ces clients peuvent réagir aux agressions dont ils font l'objet en remettant en question leur décision d'avoir « sorti du placard » (Cheng [2004]; Garnetts et coll. [1990]; Janoff [2005]; Stermac et Sheridan [1993]). Les intervenants peuvent donc constater que les victimes veulent cacher leur sexualité de nouveau et peuvent réexaminer les questions qui se posaient lorsqu'ils sont sortis du placard (Janoff [2005]). Plusieurs autres auteurs traitent de l'homophobie internalisée, en vertu de laquelle la personne adopte le point de vue négatif de la société générale sur l'homosexualité (Kaysen et coll. [2005]). Bien qu'il s'agisse d'une question particulière soulevée au sujet de l'identité sexuelle, il est facile de constater que toute victime de crime haineux pourrait avoir une réaction semblable en essayant de réduire au minimum les différences afin de s'adapter à la culture dominante.

Questions concernant les réseaux de soutien

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il y a des vagues de préjugés, et les crimes haineux touchent tous les membres de la communauté. Nous devons travailler avec les victimes afin d'identifier les personnes clés de leurs réseaux de soutien qui pourraient les aider à saisir la signification du crime. Cela est d'autant plus vrai si vous n'appartenez pas au même groupe que la victime. De plus, il se peut que les intervenants doivent travailler avec des personnes du réseau de soutien qui peuvent devoir accepter leurs réactions au crime haineux, et peut-être faire face à leurs propres antécédents et réactions en matière de victimisation (Garnetts et coll. [1990]). La victime doit essentiellement établir un équilibre qui lui permette de bénéficier des mesures de soutien, mais sans surcharger le réseau. Le sentiment de culpabilité du survivant se produit souvent dans le réseau de soutien de la victime ou dans d'autres réseaux du même groupe (Bryant-Davis et Ocampo [2005]). Blee [2007] signale qu'il peut y avoir des réactions très différentes chez les membres du même groupe, même en ce qui concerne la définition d'un crime comme un crime haineux. Par conséquent, la victime peut faire face à l'incrédulité, au désaccord ou à l'absence de soutien au sein de sa famille ou d'une communauté particulière. Les intervenants doivent donc renseigner les victimes sur les réactions possibles de leur réseau, les aider à comprendre ces réactions et aider les victimes à réussir à rétablir les liens avec leurs réseaux.

Figure H1 – Le processus de la victimisation et du rétablissement (Casarez-Levison [1992]) appliqué aux victimes de crimes haineux



Un objectif important du traitement consiste à aider les victimes à saisir la signification du crime et à commencer le processus de guérison (Cheng [2004]; Craig-Henderson et Sloan [2003]). La figure H1 adapte le modèle de Casarez-Levison [1992] pour incorporer les renseignements examinés dans les sections précédentes afin de faire ressortir certaines des questions que les intervenants doivent connaître pour aider les victimes de crimes haineux. De nombreuses questions revêtent de l'importance pour toutes les victimes de crime, entre autres les antécédents en matière de victimisation et de traumatisme, les problèmes de santé mentale, les mécanismes d'adaptation normaux, les comportements sains, les questions de victimisation courantes, l'accès aux réseaux de soutien, etc. Dunbar [2001] présente un excellent examen des questions clés à aborder pendant le traitement des victimes de haine et de crimes haineux. Les questions qui suivent peuvent se poser lorsqu'on traite des victimes de groupes marginaux ou de victimes de crimes haineux.

Questions à soulever

- 1) Déterminer si la personne a établi un lien solide avec la communauté visée par le crime (Dunbar [2001]). Comme nous l'avons vu précédemment, ce lien peut conduire à la résilience (Adams et coll. [2006]; Dubow et coll. [2000]; Mock [1995]), mais il peut déboucher sur plus de difficultés (Blake [2001]; Dubow et coll. [2000]; Janoff [2005]; Kaysen et coll. [2005]; Moradi et Risco [2006]; Staub [1996]). Il importe de ne pas essayer d'imposer son point de vue personnel au sujet de ce que la victime devrait faire. Il faut laisser le client indiquer à quel point il veut utiliser l'identité du groupe pour façonner sa propre identité personnelle.
- 2) Les intervenants peuvent devoir se pencher directement sur leur capacité de traiter la victime (Dunbar [2001]; Teyber [2006]). La personne a traversé une situation difficile et devra se sentir à l'aise avec vous et croire que vous n'êtes pas seulement compétent dans votre travail, mais que vous connaissez aussi ses problèmes et la situation de sa communauté. Les intervenants peuvent vouloir établir un lien avec des personnes clés de la communauté afin de se renseigner sur les questions importantes pour le groupe. Les intervenants pourraient aussi consulter d'autres personnes plus familières avec les questions, diriger la victime vers d'autres intervenants ou discuter de leurs préoccupations avec leurs superviseurs.

- 3) Surveiller et faire ressortir les manifestations de résilience ou de force. Cela s'applique en particulier à la résilience concernant les points forts du groupe auquel s'identifie la victime (Adams et coll. [2006]; Dubow et coll. [2000]; Dunbar [2001]; Mock [1995]). Les victimes peuvent ainsi voir la place qu'elles occupent dans un réseau important, avoir accès aux modèles appropriés sur la manière de faire face à la détresse et mettre l'accent sur le changement et l'adaptation en ce qui concerne les problèmes avec le groupe dominant. Il faut établir un équilibre entre ces aspects et la compréhension du groupe dominant pour que les victimes ne succombent pas à la colère envers l'ensemble de la société (Dunbar [2001]; Janoff [2005]).
- 4) Établir un historique des expériences de la victime en ce qui concerne ses rapports avec la culture dominante (Boeckmann et Liew [2002]; Dunbar [2001]). Était-ce sa première expérience en matière de préjugés? A-t-elle vécu aussi des expériences positives? Cet historique permet également à l'intervenant d'examiner les relations de la victime avec la culture dominante ou avec le groupe qu'il représente. En fait, les intervenants peuvent trouver que les victimes de crimes haineux seront encore plus curieuses de connaître leur identité et leurs croyances à eux au sujet de ces questions (Dunbar [2001]; Teyber [2006]). Ils devraient parler à leurs collègues et à leurs supérieurs de leur sentiment d'aise et de leurs limites pour s'assurer qu'ils peuvent répondre à ces questions d'une manière utile et respectueuse.

Gamme de services

Comme nous l'avons déjà vu, les crimes haineux touchent toute la société, et leur effet ne se limite pas à la victime concernée (Barnes et Ephross [1994]; Iganski [2001] McDevitt et coll. [2001]). Les services doivent donc comprendre les interventions d'urgence normales ainsi que le soutien collectif et individuel à court et à long terme (Dunbar [2001]); Wertheimer [1990]) et aller au-delà des interventions communautaires et de l'éducation. Les intervenants pourraient vouloir obtenir des renseignements sur l'éducation du public, les campagnes de lutte contre la violence et la formation sur la manière de faire face aux préjugés et à la violence (Jeness et Broad [1997]; Lieberman et coll. [2001]; Mock [1995]; Mock [2002]; Rabrenovic [2007]). La défense des droits peut aussi contribuer dans une grande mesure à répondre aux besoins de toutes les victimes de crimes haineux (B. C. Human Rights Coalition [2003]; Blee [2005]; McMahon, West, Lewis, Armstrong

et Conway [2004]). Les intervenants peuvent essentiellement aider la victime concernée, mais aussi appuyer les efforts visant à réduire le traumatisme dans l'ensemble de la communauté (Espiritu [2004]).

Même si le présent chapitre porte sur le traitement des victimes de crime, d'aucuns ont soutenu que comme la principale cible des crimes haineux est la communauté visée (p. ex. juifs, gais, francophones), les interventions doivent porter sur l'ensemble de cette dernière (Blee [2005]; Espiritu [2004]; Rabrenovic [2007]). Selon Mock [1995; 2002], au Canada il y a eu diverses interventions au niveau de la communauté, par exemple la promotion de modifications aux lois, la sensibilisation du public, l'incitation au développement communautaire, les campagnes proactives pour contrer les groupes haineux, etc. (B. C. Human Rights Coalition [2003]; Mock [2002]; McDonald et Hogue [2006]; Rabrenovic [2007]). La clé de ces programmes d'éducation communautaire est de réduire les croyances fondées sur les préjugés chez tous les membres de la communauté dans l'espoir d'influer sur leur comportement (Gerstenfeld [2002]; Mock [1995]). Les intervenants qui s'intéressent aux efforts axés sur la communauté pourraient vouloir examiner les sites Web dans la section sur les ressources du Web à la fin du présent chapitre.

Questions relatives aux fournisseurs

Les intervenants devraient mettre en pratique les stratégies d'autothérapie décrites au premier chapitre du guide original. Deux questions connexes qu'il pourrait être important d'examiner en ce qui concerne le traitement des victimes de crimes haineux sont les préjugés personnels ainsi que l'ouverture et l'acceptation.

Préjugés personnels

Nous devons être très clairs et francs concernant nos préjugés personnels au sujet de la communauté et des valeurs culturelles de la victime (Dunbar [2001]). Cela est primordial pour l'établissement de la confiance dans les relations de travail (Teyber [2006]). Les intervenants peuvent vouloir entreprendre des consultations sur n'importe quel préjugé, aussi mineur soit-il (Cheng [2004]). De plus, ils doivent éviter, lorsqu'ils essaient d'être justes, de traiter tous les clients de la même façon. En ne tenant pas compte de la culture, c'est-à-dire ne pas voir le monde comme le client le voit, et en essayant de traiter tous les clients de la même façon, les intervenants peuvent être insensibles aux caractéristiques particulières de la communauté de la victime

(Truscott et Crook [2004]). L'approche de l'intervenant doit correspondre aux expériences et aux points forts de chaque client. Traiter les préjugés personnels consiste aussi en partie à faire face aux domaines des préjugés subtils. Nous devons éviter d'utiliser des caractéristiques générales pour décrire la victime – par exemple en parlant de la « victime pakistanaise », ce qui indiquerait que la race est la caractéristique la plus distinctive de la personne (Perry [2002]; Stermac et Sheridan [1993]). Enfin, pour comprendre les préjugés personnels, il peut être important de reconnaître que nous vivons tous dans une société de préjugés qui influe sur nos perceptions et notre recherche de la signification (Cheng [2004]).

Ouverture et acceptation

Lorsque les intervenants traitent des victimes de la haine et de crimes haineux, ils doivent déterminer s'ils sont à l'aise avec la victime et sa communauté. Selon Dunbar [2001], vous devez évaluer vos compétences et vos connaissances quand il s'agit de traiter un membre du groupe concerné. Y a-t-il des différences entre votre vision du monde et celle de votre client? Comment ces différences pourraient-elles influencer sur votre travail? Y a-t-il d'autres questions qui pourraient nuire à votre traitement de cette personne? Teyber [2006] souligne qu'il faut offrir à tous les clients un environnement sûr, ouvert et accueillant. Cependant, il note aussi que bon nombre des personnes issues de groupes qui ont moins de pouvoir (minorité, identité sexuelle, religion, etc.) ne peuvent souvent s'attendre à être entendues ou comprises en raison des préjugés qu'elles ont rencontrés dans la culture générale. Les intervenants doivent connaître ces difficultés pour inspirer confiance et établir de bonnes relations de travail.

Nous devons offrir un soutien affranchi de jugement (Craig-Henderson et Sloan [2003]) tout en tenant compte des limites professionnelles et du malaise qu'éprouve la victime à parler de questions difficiles (Wertheimer [1990]). Les intervenants doivent donc savoir que bien des victimes de crimes haineux seront à l'affût des préjugés possibles de ceux qui les aident. Nous pouvons souvent manifester des préjugés subtils d'une façon apparemment innocente qui peuvent causer des problèmes dans la relation d'aide (Truscott et Crook [2004]). Par exemple, les décorations du bureau, les choses à lire et les articles personnels peuvent être accueillants pour certains, mais rebutants pour d'autres. Il ne s'agit pas de préconiser la création d'un milieu de soutien stérile, mais il est utile d'être conscient des messages que nous transmettons aux victimes lorsqu'elles viennent demander de l'aide.

Ressources du Web

Vous pouvez consulter de nombreuses ressources dans Internet pour en savoir davantage sur le traitement des victimes de crimes haineux, des personnes qui font face aux préjugés ou même simplement pour comprendre les différents groupes de notre société. N'importe quel moteur de recherche vous donnera accès à des ressources pratiques. Les sites mentionnés ci-après vous permettent d'obtenir rapidement des renseignements utiles. Vous devriez faire vos propres recherches en vous concentrant sur les questions qui concernent votre client.

B'nai Brith Canada se décrit comme la voix indépendante de la communauté juive, qui représente ses intérêts à l'échelle nationale auprès des gouvernements, des organisations non gouvernementales et du grand public canadien.

<http://www.bnaibrith.ca/>

Cross Point Anti-Racism est un organisme international qui lutte contre le racisme.

www.magenta.nl/crosspoint

GayCanada.com est une communauté virtuelle en ligne de gais, de lesbiennes, de personnes bisexuelles et de personnes transgenre qui renferme des liens vers des ressources réparties par province.

<http://www.gaycanada.com/>

La **Commission canadienne des droits de la personne** enquête sur les plaintes de discrimination dans l'emploi et règle celles-ci. Elle fournit aussi des renseignements et exécute des programmes de prévention de la discrimination.

www.chrc-ccdp.ca

La **Fondation canadienne des relations raciales** est une société d'État dont le mandat consiste à lutter contre le racisme au Canada.

www.crr.ca

La **Ligue anti-diffamation** est un organisme dont l'objectif est de mettre fin à l'antisémitisme et aux autres formes d'injustice sociale et de discrimination.

<http://www.adl.org/default.htm>

La **Congrès juif canadien** est un organisme juif axé sur la lutte contre l'antisémitisme.

<http://www.cjc.ca>

La **Council of Agencies Serving South Asians** est une coalition d'organismes, de groupes et d'individus qui offrent des services à la communauté de l'Asie du Sud.

<http://www.cassa.on.ca>

PFLAG Canada offre un soutien, des cours et des ressources sur les questions d'orientation sexuelle et d'identité sexuelle aux gais, aux lesbiennes, aux personnes bisexuelles et aux personnes transgenre ainsi qu'à leurs familles et à leurs amis. Vous pouvez trouver un chapitre local au moyen d'une recherche dans Internet.

www.pflagcanada.ca/

Religious Tolerance.org est un groupe multiconfessionnel axé sur la tolérance religieuse et sociale.

<http://www.religioustolerance.org>

Sécurité Canada renferme des liens sur les crimes haineux et peut être un bon endroit pour lancer une recherche dans Internet sur les crimes haineux.

http://www.securitecanada.ca/link_f.asp?category=2&topic=23

Notions de base

- Un crime haineux est une « infraction criminelle motivée par la haine de la race, de l'origine nationale ou ethnique, de la langue, de la couleur, de la religion, du sexe, de l'âge, de la déficience mentale ou physique, de l'orientation sexuelle ou d'autres facteurs semblables ». (Définition du Programme de déclaration uniforme de la criminalité, version 2.2).
- Les intervenants qui aident les victimes devraient se concentrer sur la façon dont la victime définit le crime, et non uniquement sur les définitions juridiques.

- Les crimes haineux créent des « vagues de préjudices », qui touchent la victime, sa famille, le groupe auquel elle s'identifie et la société en général.
- Les intervenants devraient être conscients de l'importance de la perception qu'ont les victimes de leur communauté et de leur identité personnelle et culturelle et de la façon dont ils ont fait face et se sont adaptés aux préjugés dans la société.
- Il serait utile que les intervenants puissent évaluer les soutiens dont peut se prévaloir la victime dans la société et si elle a de bons modèles d'adaptation.
- Bon nombre des victimes de crimes haineux ne signalent pas le crime aux autorités. Les intervenants peuvent faire face à cette réticence lorsqu'ils traitent les victimes de crimes haineux.
- Souvent, les victimes de crimes haineux :
 - o se sentent moins en sécurité (Boeckmann et Turpin-Petrosino [2002]; Garnetts et coll. [1990]; Janoff [2005]; Staub [1996]);
 - o voient le monde comme étant moins ordonné et ayant moins de sens (Garnetts et coll. [1990]);
 - o ont une plus faible estime de soi (Dunbar [2006]; Garnetts et coll. [1990]; Mock [1995]; Janoff [2005]);
 - o se sentent moins efficaces (Staub [1996]);
 - o ont des problèmes dans leurs relations personnelles (Janoff [2005]; Staub [1996]);
 - o se sentent coupables et se blâment (Dunbar [2006]; Wertheimer [1990]);
 - o remettent en question leur capacité de se protéger (Staub [1996]);
 - o ont l'impression de ne pas pouvoir atteindre leurs objectifs dans la vie (Staub [1996]);
 - o éprouvent de la colère envers la société dominante (Herek et coll. [1997]; Janoff [2005]; Staub [1996]);
 - o sont dépressives (Herek et coll. [1997]; Janoff [2005]);
 - o souffrent d'anxiété ou de stress post-traumatique (Garnetts et coll. [1990]; Herek et coll. [1997]; Janoff [2005]);
 - o ont des maux de tête et des cauchemars, pleurent, sont agitées et nerveuses et maigrissent (Garnetts et coll. [1990]; Janoff [2005]);
 - o consomment plus d'alcool et d'autres drogues (Janoff [2005]).

- Comparativement aux autres victimes, les victimes de crimes haineux sont plus susceptibles :
 - o de subir des agressions brutales (Janoff [2005]; Willis [2004]) – et sont presque trois fois plus susceptibles de subir des blessures graves (Messner et coll. [2004]);
 - o de signaler une plus grande détresse (Herek et coll. [1997]; Herek et coll. [1999]; McDevitt et coll. [2001]; Mjoseh [1998]);
 - o de déclarer des niveaux de crainte plus élevés (Craig-Henderson et Sloan [2003]; Herek et coll. [2002]; McDevitt et coll. [2001]);
 - o de signaler des niveaux plus élevés de dépression, d'anxiété, de colère et de symptômes du SSPT (Herek et coll. [1997]; McDevitt et coll. [2001]) – même si d'autres chercheurs n'ont constaté aucune différence entre les deux groupes en ce qui concerne la dépression (Rose et Mechanic [2002]);
 - o de considérer les autres comme dangereux (Herek et coll. [1997]; Herek et coll. [1999]);
 - o de considérer le monde comme peu sûr (Herek et coll. [1999]; McDevitt et coll. [2001]);
 - o de considérer leur risque de victimisation future comme étant plus élevé qu'auparavant (Herek et coll. [1997]);
 - o de manifester un niveau relativement faible de maîtrise personnelle (Herek et coll. [1999]);
 - o de considérer les échecs personnels comme étant attribuables aux préjugés (Herek et coll. [1999]);
 - o d'indiquer qu'il est « très difficile » de se remettre de l'incident (McDevitt et coll. [2001]);
 - o de signaler que l'incident a une incidence importante sur leur vie (Craig-Henderson et Sloan [2003]);
 - o de déclarer avoir plus de pensées envahissantes au sujet de l'incident et de ne plus vouloir vivre plus longtemps (McDevitt et coll. [2001]);
 - o de perdre leur emploi (McDevitt et coll. [2001]);
 - o de signaler d'importants problèmes de santé (McDevitt et coll. [2001]).

Les intervenants devraient examiner leurs préjugés et leurs limites personnelles lorsqu'ils traitent les victimes de crimes haineux. Sont-ils capables d'offrir un milieu ouvert à la victime pour l'aider à remonter la pente?

Les intervenants devraient utiliser Internet pour trouver des ressources qui se rapportent au groupe auquel s'identifie leur client et à leurs problèmes.

Bibliographie

Adams, G., S. A. Fryberg, D. M. Garcia et E. U. Delgado-Torres. 2006. The psychology of engagement with indigenous identities: A cultural perspective. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 12(3): 493-508.

Adams, J. et V. J. Roscigno. 2005. White supremacists, oppositional culture and the world wide web. *Social Forces* 84(2): 761-778.

Alvarez, A. N., L. Juang et C. T. H. Liang. 2006. Asian Americans and racism: When bad things happen to "model minorities". *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 12(3): 477-492.

Ardley, J. 2005. Hate crimes: A brief review. *International Journal of Sociology and Social Policy* 25:54-66.

Barnes, A. et P. H. Ephross. 1994. The impact of hate violence on victims: Emotional and behavioural responses. *Social Work* 39(3): 247-251

B. C. Human Rights Coalition. 2003. Responding to incidents of racism and hate: A handbook for service providers.

Berk, R., E. A. Boyd et K. M. Hamner. 1992. Thinking more clearly about hate-motivated crimes. In *Hate crimes: Confronting violence against lesbians and gay men*, sous la direction de G Herek et K. Berrill, 123-143. Newbury Park, CA: Sage.

Blake, M. 2001. Geeks and monsters: Bias crimes and social identity. *Law and Philosophy* 20:121-139.

Blee, K. M. 2005. Racial violence in the United States. *Ethnic and Racial Studies* 28(4): 599-619.

Blee, K. M. 2007. The microdynamics of hate violence: Interpretive analysis and implications for responses. *The American Behavioral Scientist* 51(2): 258-270.

- Boeckmann, R. J. et J. Liew. 2002. Hate speech: Asian American students' justice judgments and psychological responses. *Journal of Social Issues* 58(2): 363-381.
- Boeckmann, R. J. et C. Turpin-Petrosino. 2002. Understanding the harm of hate crime. *Journal of Social Issues* 58(2): 207-225.
- Bryant-Davis, T. et C. Ocampo. 2005. Racist incident-based trauma. *The Counseling Psychologist*, 33(4): 479-500.
- Casarez-Levison, R. 1992. An empirical investigation of coping strategies used by victims of crime: Victimization redefined. In *Critical issues in victimology: International perspectives*, sous la direction de E. Viano, 46-57. New York: Springer Publishing Co.
- Chen, G. A., P. LePhuoc, M. R. Guzman, S. S. Rude et B. G. Dodd. 2006. Exploring Asian American racial identity. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 12(3): 461-476.
- Cheng, Z. 2004. Hate crimes, post-traumatic stress disorder and implications for counseling lesbians and gay men. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 35 (4): 8-16.
- Craig-Henderson, K. et L. R. Sloan. 2003. After the hate: Helping psychologists help victims of racist hate crime. *Clinical Psychology: Science and Practice* 10(4): 481-490.
- Dauvergne, M., K. Scrim et S. Brennan. 2008. Les crimes motivés par la haine au Canada, 2006. Centre canadien de la statistique juridique. Ottawa, Statistique Canada. No 85F0033M au catalogue — No 17.
- Dubow, E. F., K. I. Pargament, P. Boxer et N. Tarakeshwar. 2000. Initial investigation of Jewish early adolescents' ethnic identity, stress, and coping. *Journal of Early Adolescence* 20(4), 418-441.
- Dunbar, E. 2001. Counseling practices to ameliorate the effects of discrimination and hate events: Toward a systematic approach to assessment and intervention. *Counseling Psychologist* 29(2): 279-307.
- Dunbar, E. 2006. Race, gender, and sexual orientation in hate crime victimization: Identity politics or identity risk? *Violence and Victims* 21(3): 323-337.

- Espiritu, A. 2004. Racial diversity and hate crime incidents. *Social Science Journal* 41(2): 197-208.
- Garnetts, L., G. M. Herek et B. Levy. 1990. Violence and victimization of lesbians and gay men: Mental health consequences. *Journal of Interpersonal Violence* 5(3): 366-383.
- Gerstenfeld, P. B. 2002. A time to hate: Situational antecedents of intergroup bias. *Analysis of Social Issues and Public Policy* 61-67.
- Glaser, J., J. Dixit et D. P. Green. 2002. Studying hate crime with the Internet: What makes racists advocate racial violence? *Journal of Social Issues* 58(1): 177-193.
- Groupe de travail communautaire pour la lutte contre le crime haineux. 2006. La lutte contre le crime haineux en Ontario : Rapport final du Groupe de travail communautaire pour la lutte contre le crime haineux. Toronto: Procureur général de l'Ontario. Disponible en ligne, à l'adresse : <http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/french/about/pubs/hatecrimes/Default.asp>
- Herek, G. M., J. C. Cogan et J. R. Gillis. 2002. Victim experiences in hate crimes based on sexual orientation. *Journal of Social Issues* 58(2): 319-339.
- Herek, G. M., J. R. Gillis et J. C. Cogan. 1999. Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(6): 945-951.
- Herek, G. M., J. R. Gillis, J. C. Cogan et E. K. Glunt. 1997. Hate crime victimization among lesbian, gay and bisexual adults: Prevalence, psychological correlates and methodological issues. *Journal of Interpersonal Violence* 12(2): 195-215.
- Iganski, P. 2001. Hate crimes hurt more. *American Behavioral Scientist* 45(4): 626-638.
- Jacobs, J. B. et K. Potter. 1998. *Hate crimes: Criminal law and identity politics*. New York, NY: Oxford University.
- Janoff, D. V. 2005. *Pink blood: Homophobic violence in Canada*. Toronto: University of Toronto Press.

- Jenness, V. et K. Broad. 1997. Hate crimes: New social movements and the politics of violence. New York: Aldine De Gruyter.
- Kaysen, D., T. W. Lostutter et M. A. Goines. 2005. Cognitive processing therapy for acute stress disorder resulting from an anti-gay assault. *Cognitive and Behavioral Practice* 12(3): 278-289.
- Kuehnle, K. et A. Sullivan. 2003. Gay and lesbian victimization: reporting factors in domestic violence and bias incidents. *Criminal Justice and Behavior* 30(1): 85-96.
- Lieberman, J. D., J. Arndt, J. Personius et A. Cook. 2001. Vicarious annihilation: the effect of mortality salience on perceptions of hate crimes. *Law and Human Behavior* 25(6): 547-566.
- Mason, G. 2005. Hate crimes and the image of the stranger. *British Journal of Criminology* 45:837-859.
- McDevitt, J., J. Balboni, L. Garcia et J. Gu. 2001. Consequences for victims. A comparison of bias- and non-bias-motivated assaults. In *Crimes of Hate: Selected Readings*, sous la direction de P. Gerstenfeld et D. Grant, 45-57. Londres: Sage.
- McDevitt, J., J. Levin et S. Bennett. 2002. Hate Crime Offenders: An Expanded Typology. *Journal of Social Issues* 58(2): 303-317.
- McDonald, S. et A. Hogue. 2006. Série de recherche sur les victimes d'actes criminels : Étude des besoins des victimes de crimes motivés par la haine. Ottawa, ministère de la Justice du Canada.
- McMahon, B. T., S. L. West, A. N. Lewis, A. J. Armstrong et J. P. Conway. 2004. Hate Crimes and Disability in America. *Rehabilitation Counseling Bulletin* 47(2): 66-75.
- McPhail, B. A. 2002. Gender-bias hate crimes: A review. *Trauma, Violence, and Abuse* 3(2): 125-143.
- Messner, S., S. McHugh et R. B. Felson 2004. Distinctive characteristics of assaults motivated by bias. *Criminology* 42(3): 585-618.

Miville M. L., M. G. Constantine, M. F. Baysden et G. So-Lloyd. 2005. Chameleon changes: An exploration of racial identity themes of multiracial people. *Journal of Counseling Psychology* 52(4): 507-516.

Mjoseth, J. 1998. Psychologists call for assault on hate crimes. *American Psychological Association Monitor* 29 (1).
<http://www.apa.org/monitor/jan98/hate.html>

Mock, K. R. 1995. Combating racism and hate in Canada today: Lessons of the Holocaust. *Canadian Social Studies* 29(4): 143-146.

Mock, K. R. 2000. Hate on the Internet. In *Human rights and the Internet*, sous la direction de S. Hick, E.F. Halpin et E. Hoskins, 141-152. Londres : MacMillian.

Mock, K. R. 2002. Recognizing and reacting to hate crime in Canada today. Produit en collaboration avec la Fondation canadienne des relations raciales, Institut de la Colombie-Britannique contre la violence familiale, le Centre national d'information sur la violence dans la famille, Education Wife Assault et le Réseau canadien de la santé.

Moradi, B. et C. Risco. 2006. Perceived discrimination experiences and mental health of Latina/o American persons. *Journal of Counseling Psychology* 53(4): 411-421.

Peel, E. 1999. Violence against lesbians and gay men: Decision-making in reporting and not reporting crime. *Feminism and Psychology* 9(2): 161-167.

Perry, B. 2002. Defending the color line: Racially and ethnically motivated bias crime. *American Behavioral Scientist* 46(1): 72-92.

Petersilia, J. R. 2001. Crime victims with developmental disabilities: A review essay. *Criminal Justice and Behavior* 28(6): 655-694.

Rabrenovic, G. E. 2007. When hate comes to town: Community response to violence against immigrants. *The American Behavioral Scientist* 51(2): 349-360.

Rayburn, N. R. et G.C. Davison 2002. Articulated thoughts about antigay hate crimes. *Cognitive Therapy and Research* 26(4): 431-447.

Rose, S. M. et M. B. Mechanic. 2002. Psychological distress, crime features, and help-seeking behaviors related to homophobic bias incidents. *American Behavioral Scientist* 46(1): 14-26.

Rosenwasser, P. 2000. Tool for transformation: Cooperative inquiry as a process for healing from internalized oppression. Exposé fait devant AERC 2000: An International Conference of the Adult Education Research Conference, Vancouver, BC.
<http://www.edst.educ.ubc.ca/aerc/2000/rosenwasserp1-web.htm>

Staub, E. 1996. Preventing genocide: Activating bystanders, helping victims, and the creation of caring. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology* 2(3): 189-200.

Stermac, L. E et P. M. Sheridan. 1993. Anti-gay/lesbian violence: Treatment issues. *Canadian Journal of Human Sexuality* 2(1): 33-38.

Teyber, E. 2006. *Interpersonal process in therapy*, 5th Edition. Belmont, CA: Thomson Brooks /Cole.

Truscott, D. et K. H. Crook. 2004. *Ethics for the practice of psychology*. Edmonton: University of Alberta.

Volpe M. R. et S. Strobl. 2005. Restorative justice responses to post-September 11 hate crimes: Potential and challenges. *Conflict Resolution Quarterly* 22(4): 527-535.

Wachholz, S. 2005. Hate crimes against the homeless: Warning-out New England style. *Journal of Sociology and Social Welfare* 32(4): 141-163.

Wertheimer, D. M. 1990. Treatment and service interventions for lesbian and gay male crime victims. *Journal of Interpersonal Violence* 5(3): 384-400.

Wester, S. R., D. L. Vogel, M. Wei et R. McLain. 2006. African American Men, Gender Role Conflict, and Psychological Distress: The Role of Racial Identity. *Journal of Counseling and Development* 84: 419-429.

Willis, D.G. 2004. Hate crimes against gay males: An overview. *Issues in Mental Health Nursing* 25(2): 115-132.

Wolff, K. B. et C. L. Cokely (2007). "To protect and to serve?": An exploration of police conduct in relation to the gay, lesbian, bisexual, and transgender community. *Sexuality and Culture: An Interdisciplinary Quarterly* 11(2): 1-23.

10.0 Victimes du terrorisme

Introduction

Le présent chapitre porte sur une victime du terrorisme qui vous consulte à votre bureau. Au cours de notre examen de l'incidence du terrorisme, nous commencerons par définir le terrorisme en mettant l'accent sur les effets que veulent créer les terroristes. Dans cette définition, nous établirons une distinction entre un attentat terroriste simple et une activité terroriste permanente. Nous examinerons ensuite les niveaux de victimisation : de la victimisation directe à la victimisation secondaire et les effets sur les membres de la société. Nous concluons le chapitre en examinant les effets émotifs et psychologiques que subit une victime du terrorisme et des questions cliniques importantes. Enfin, des questions relatives aux fournisseurs de services seront abordées brièvement, y compris une section sur les ressources du Web.

Définition du terrorisme

Même si les terroristes et d'autres criminels peuvent utiliser les mêmes moyens violents pour atteindre leurs objectifs, le terrorisme se distingue par les caractéristiques suivantes :

1. recours à la force ou à la violence;
 2. il est le fait d'individus ou de groupes;
 3. il vise des civils innocents;
 4. il vise à inciter ou à obliger à prendre des décisions ou à adopter de nouvelles orientations sur le plan politique ou social;
 5. il suscite la peur et la terreur.
- (Marsella et Moghaddam [2004, p. 23])¹⁰.

Les terroristes adoptent donc un comportement criminel violent pour atteindre des objectifs politiques en exerçant une pression sur les décideurs et la société (Ganor [2004]). En s'en prenant aux dirigeants politiques et aux membres de la société, les terroristes propagent la peur dans la société pour attirer l'attention sur leur cause politique (Danieli, Brom et Sills [2004]).

¹⁰La *Loi antiterroriste* canadienne figure dans le site Web du ministère de la Justice à : <http://laws.justice.gc.ca/fr/recherche>.

La nature imprévisible de la violence constitue l'élément de base de la guerre psychologique qu'utilisent les terroristes pour causer des préjudices à la société (Chemtob [2005]; Ganor [2004]). Le rôle des médias est important pour les terroristes, car ils aident à la propagation de la peur et à l'atteinte des objectifs politiques; il s'agit aussi d'une énorme difficulté pour ceux qui se rétablissent d'un traumatisme (Adessky et Freedman [2005]; Pfefferbaum et coll. [2004]; Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSA) [2004]; Weimann [2004]). La difficulté à laquelle font face les personnes de la société est non seulement le fait qu'elles peuvent réagir à l'incident initial, mais aussi que les rappels répétés de l'attentat aux nouvelles peuvent aggraver un traumatisme. La couverture médiatique répétée de l'attentat terroriste contribue essentiellement à mettre au premier plan l'attentat et les objectifs politiques des terroristes.

Certains chercheurs font ressortir la distinction entre le terrorisme d'un sous-groupe (non affilié au gouvernement) et le terrorisme parrainé par l'État (Marsella et Moghaddam [2004]). Il convient de noter que le terrorisme parrainé par l'État est d'autant plus difficile à accepter pour les victimes qu'elles ne bénéficient pas de l'aide du gouvernement en matière de prévention et de traitement. Dans ces cas, le gouvernement lui-même planifie, finance et aide les activités terroristes, généralement contre un sous-groupe du pays (Danieli et coll. [2004]). Les intervenants qui offrent des services aux victimes du terrorisme parrainé par l'État peuvent observer encore plus d'éléments de méfiance dans la relation d'aide, surtout en ce qui concerne la confiance dans les représentants du gouvernement ou les figures d'autorité. Par exemple, les victimes peuvent croire qu'elles n'obtiendront pas d'aide; elles n'auront peut-être pas confiance dans la façon dont les renseignements seront utilisés et refuser de contacter la police.

À l'instar d'autres crimes, le terrorisme met à mal la vision d'un monde sûr et prévisible (Davidowitz-Farkas et Hutchison-Hall [2005])¹¹. Une façon pour la société de faire face au terrorisme consiste en partie à l'accepter comme étant la « nouvelle normalité ». Selon Danieli et coll. [2004], depuis le 11 septembre 2001, les Nord-Américains ont établi de nouvelles règles concernant la manière d'agir et d'établir des relations avec les autres et le gouvernement. En d'autres termes, la vision de nous tous au sujet d'un monde sûr a été modifiée.

¹¹ Il vaut la peine d'indiquer que les catastrophes naturelles modifient aussi l'idée qu'on se fait d'un monde sûr, mais le fait que d'autres personnes commettent des attentats terroristes rend ces derniers comparables aux autres crimes de violence. Les mesures de soutien nécessaires seront plutôt semblables à ceux dont ont besoin les victimes d'autres crimes de violence.

Le terrorisme ou la guerre en permanence peuvent avoir une incidence légèrement différente sur la société. Cela rappelle souvent aux gens qu'ils vivent dans un monde dangereux; les attentats deviennent une réalité quotidienne. Ces victimes ont souvent recours à plusieurs des stratégies d'adaptation que nous avons décrites dans les chapitres précédents comme la distanciation, le déni ou l'acceptation de la réalité des attentats imprévisibles (Campbell et coll. [2004]; Wessely [2005]). Des chercheurs font remarquer que la menace permanente du terrorisme accroît la suspicion, la méfiance et le désespoir dans la société en général et rompt les liens sociaux (Chemtob [2005]; Engdahl [2004]; Khaled [2004]; Somasundaram [2004]).

Certains, plus positifs, croient que ces menaces permanentes peuvent aussi entraîner un changement personnel et social positif, appelé « croissance post-traumatique » (Engdahl [2004]; Fredrickson et coll. [2003]). Selon Fredrickson et coll. [2003], les émotions positives comme la gratitude, l'intérêt ou l'amour ont aidé les gens à s'adapter après l'attentat du 11 septembre 2001 et à éviter la dépression. De nombreux auteurs affirment que les spécialistes, les intervenants paraprofessionnels et le grand public peuvent collaborer pour renforcer la société (Berger [2005]; Durodié et Wessely [2002]; Heldring et Kudler [2005]; Sederer et coll. [2005]; Sofka [2004]; Somasundaram [2004]).

Questions spéciales

Continuum de victimisation

Les terroristes se préoccupent peu de la victime individuelle; ils se concentrent plutôt sur la société. Comme un attentat touche un grand nombre de personnes, nous devons examiner un continuum de victimisation – c'est-à-dire que nous devons comprendre les victimes du terrorisme, non pas uniquement comme un grand groupe, mais comme une foule de personnes définies en fonction de leur exposition à l'attentat. La figure T1 contient une description du continuum de victimisation; chaque niveau de victimisation (directe, secondaire, communautaire) peut revêtir ses propres particularités (Jordan [2002]; Levanon et coll. [2005]; SAMHSA [2004]). Les intervenants devraient avoir une connaissance de ce continuum pour mieux comprendre non seulement la victime assise dans leur bureau, mais aussi les personnes de son entourage. Ils doivent savoir que ce continuum est fondé sur la proximité de l'endroit où a eu lieu l'attentat subi par la victime, et non sur les niveaux de traumatisme possible. Même si l'on peut supposer

que les personnes les plus proches de l'attentat seront les plus traumatisées, cela n'est pas nécessairement le cas. Les antécédents personnels, des traumatismes antérieurs, la capacité d'adaptation et beaucoup d'autres facteurs peuvent influencer sur la façon dont une personne réagit à un attentat (Nader et Danieli [2004]; Thielman [2004]). Toutefois, selon des études, les victimes directes du terrorisme sont plus susceptibles de signaler des problèmes liés au SSPT, à la dépression et à l'anxiété (Gabriel et coll. [2007]; Whalley et Brewin [2007]). De toute évidence, les intervenants doivent évaluer le niveau de traumatisme et les besoins de chaque victime en fonction de chaque cas.

Figure T1 – Le continuum de victimisation

<p>Victimes directes ou primaires</p>	<p>Les victimes qui se trouvent dans le secteur immédiat de l'attentat terroriste.</p> <p>Ce groupe peut se diviser en deux : ceux qui ont été blessés, torturés ou tués et ceux qui ont été témoins de l'attentat ou qui ont été menacés (ont évité l'attentat de justesse), mais qui n'ont pas subi de blessures corporelles. Les chercheurs semblent s'accorder pour dire que le niveau de traumatisme psychologique est étroitement lié au niveau de préjudice direct (Ahern, Galea, Resnick et Vlahov [2004]; Baca, Baca-García, Pérez-Rodríguez et Cabanas [2004]; Jordan [2002]). Par conséquent, il est très probable que ce sont ces victimes directes qui se présenteront à votre bureau.</p>
<p>Spécialistes ou bénévoles qui sont des victimes directes</p>	<p>Personnes qui se trouvent sur les lieux d'un attentat terroriste dans l'exercice de leurs fonctions ou à titre de bénévoles, notamment les policiers, pompiers, intervenants des services d'urgence, travailleurs de l'aide et autres premiers intervenants qui ont beaucoup de fonctions à remplir dans leur rôle respectif (Brom [2005]). Les journalistes des médias sont également compris dans ce groupe. Bon nombre de ces personnes peuvent avoir reçu la formation et le soutien sur le plan organisationnel nécessaires pour faire face à des expériences difficiles ou des traumatismes, mais elles peuvent avoir besoin du soutien et de l'aide des services d'aide aux victimes.</p>

Figure T1 – Le continuum de victimisation (suit)

Victimes indirectes ou secondaires	<p>Ce groupe comprend les membres de la famille, les amis, les collègues, etc., des victimes directes.</p> <p>Toutes les personnes qui ont des liens avec la victime peuvent être touchées par l'attentat, les préjudices causés à leur être cher et l'adaptation aux changements en eux et chez leurs êtres chers. Il s'agit des « aidants naturels » de la victime (si la victime est encore en vie). Ces personnes peuvent avoir besoin d'aide pour comprendre leurs propres réactions et émotions ou pour accompagner la victime directe. Les intervenants doivent demander au client de leur indiquer ce qui lui serait plus utile. Vous pouvez consulter le tableau 4 du présent guide et réfléchir au genre de soutien dont votre client peut avoir besoin.</p>
Victimes tertiaires ou de la société	<p>Personnes de la société qui sont touchées par l'attentat. Elles peuvent comprendre les personnes dont la routine quotidienne est perturbée, qui ont des problèmes d'accès à l'école ou au travail, etc., ainsi que les personnes qui ont été touchées par les images et les reportages présentés à la télévision. En un sens, les médias créent d'autres témoins de l'événement, et ces images peuvent être très dérangeantes pour certains. Les intervenants devront établir les antécédents complets pour éviter de manquer des questions clés (traumatisme antérieur, problèmes de santé mentale, facteurs de stress, etc.) qui pourraient influencer sur la réaction à l'attentat terroriste.</p>
Victimes revictimisées	<p>Personnes qui ont déjà été victimes d'attentats terroristes, mais qui sont maintenant traumatisées à nouveau par un nouvel attentat ou un reportage sur un attentat déjoué. En d'autres termes, ces victimes peuvent être profondément bouleversées par les reportages télévisés sur un attentat actuel ou un documentaire sur un attentat précédent (Ahern et coll. [2004]; Kinzie [2004]). De plus, les souvenirs de l'attentat précédent pourraient amener la victime d'un crime à éprouver des difficultés d'adaptation. Les intervenants doivent aider toutes les victimes à apprendre à gérer ces nouvelles expériences potentiellement traumatisantes.</p>

Traumatisme

Le traumatisme observé généralement chez les victimes du terrorisme ressemble beaucoup au traumatisme lié au fait d'être victime de n'importe quel crime. Le tableau 1 de la section sur les réactions courantes des victimes d'un crime du guide principal porte sur les questions que vous voudrez examiner au sujet des victimes du terrorisme. Toutefois, il faut apporter des précisions concernant les problèmes spéciaux de ces victimes, dont : le stress aigu et le syndrome de stress post-traumatique, le deuil et le deuil compliqué ainsi que le sentiment de culpabilité du survivant. Les intervenants ne doivent pas considérer cette liste comme englobant toutes les expériences que peuvent vivre les victimes du terrorisme et ils doivent se rappeler que les antécédents personnels, les traumatismes antérieurs et les questions culturelles peuvent influencer sur la réaction et la guérison (Nader et Danieli [2004]; Thielman [2004]).

Différences entre les victimes du terrorisme et les victimes d'autres actes criminels

Il semble qu'aucune étude ne compare les différences entre les réactions des victimes du terrorisme et celles des victimes d'autres actes criminels. D'un point de vue clinique, on peut déterminer que le crime est semblable—une agression, un meurtre ou un viol est le même, que l'auteur du crime soit motivé par des raisons politiques ou autres. Cependant, il est possible que la nature politique du crime puisse avoir un effet distinct. La réaction de la société et la motivation de l'auteur du crime peuvent causer une détresse additionnelle (Herek et coll. [1997]; Herek et coll. [1999]; McDevitt et coll. [2001]). Au cours d'une discussion portant sur le blâme imputé à la victime, Shichor [2007] a avancé que les victimes du terrorisme pourraient être considérées par la société comme « plus innocentes » et, par conséquent, plus susceptibles d'obtenir du soutien. Toutefois, il a aussi fait remarquer que les victimes du terrorisme peuvent également se sentir impuissantes parce qu'elles peuvent avoir l'impression qu'elles ont moins de contrôle sur leur victimisation.

Les réactions aux traumatismes ne sont pas prévisibles; chaque personne est différente (Silver et coll. [2004]). Beaucoup de victimes du terrorisme peuvent ressentir une détresse initiale (Lahad [2005]; Schlenger [2004]), mais n'éprouveront pas de problèmes psychologiques graves (Fredrickson et coll. [2003]; Friedman [2005]; Galili-Weisstub et Benarroch [2004]). Certaines personnes peuvent éprouver

des problèmes et ne pas demander de l'aide parce qu'elles croient qu'elles peuvent mieux s'en tirer seules, qu'elles ne veulent pas paraître faibles ou « folles » ou qu'elles ne savent pas où trouver de l'aide, ou elles évitent le traitement pour cesser de penser à l'attentat (Vardi [2005]). Les intervenants devraient évaluer avec soin comment les victimes font face à la perte qu'elles ont subie et surveiller les difficultés qu'elles peuvent avoir à comprendre le fait d'avoir été victime d'un crime politique.

Syndrome de stress post-traumatique et stress aigu

Le problème qui a le plus fait l'objet de recherches chez les victimes du terrorisme est le stress, qu'il s'agisse de troubles cliniques à court terme ou complets (Amsel et coll. [2005]; Courtois [2004]; Friedman [2005]; Hall et coll. [2004]; Jehel et Brunet [2004]; Khaled [2004]; Neria et coll. [2006]; Office for Victims of Crime [2005]; Ohtani et coll. [2004]; Pat-Horenczyk [2004]; Pfefferbaum et coll. [2004]; Silver et coll. [2004]; SAMHSA [2004]; Somasundaram [2004]). Le syndrome de stress post-traumatique est examiné au chapitre 4 du guide original sur les réactions habituelles des victimes d'un crime. Le stress aigu est un trouble anxieux dont les symptômes sont semblables à ceux du SSPT, mais qui ne dure pas aussi longtemps; il est généralement considéré comme la réaction anxieuse initiale au traumatisme (voir la figure 2 dans la section sur les réactions courantes des victimes d'un crime du guide principal). Il convient de noter que ces symptômes peuvent disparaître et réapparaître; par exemple, une victime peut éviter le traumatisme à un moment donné et le revivre à d'autres moments (Danieli et coll. [2004]).

Des chercheurs qui ont suivi des survivants d'une attaque de missile dans un centre commercial en Israël ont constaté que 24 p. 100 affichaient des symptômes de stress aigu (Kutz et Dekel [2006]). Les personnes souffrant de stress aigu risquaient trois fois plus de souffrir du SSPT. Ces chercheurs ont en outre observé qu'environ 25 p. 100 des personnes exposées à un attentat terroriste seront atteintes du SSPT (Kutz et Dekel [2006]). Dans le cas des victimes du terrorisme permanent, d'autres chercheurs font état d'estimations de personnes souffrant du SSPT atteignant 40 p. 100 (Jehel et Brunet [2004]; Khaled [2004]). Les personnes qui ont subi directement un attentat et qui ont dû s'adapter à des changements dans leur vie quotidienne par la suite (par exemple, explosion d'une bombe en milieu de travail ou dans le quartier, vie quotidienne perturbée par les changements dans la

société) risquent encore plus de souffrir des symptômes du SSPT (Neria et Litz [2004]). Neria et coll. [2006] ont constaté qu'après le 11 septembre 2001, le SSPT était plus courant chez les femmes, les célibataires, les immigrants, ceux qui avaient des antécédents familiaux en matière de maladie mentale et ceux qui avaient été directement touchés. Les victimes atteintes du SSPT craignent davantage d'autres attentats terroristes (Kutz et Dekel [2006]), ce qui nuit probablement à leur rétablissement. Dans le cas des victimes traumatisées à ce point, les intervenants devraient envisager sérieusement de les recommander à un spécialiste de la santé mentale qui pourra leur procurer un traitement continu.

Green [1993] cite huit situations à la suite desquelles les gens risquent plus de souffrir du SSPT :

1. menace à la vie et danger;
2. blessure corporelle grave;
3. fait d'être blessé intentionnellement;
4. exposition à des scènes affreuses ou dégoûtantes;
5. perte violente ou soudaine d'un être cher;
6. être témoin ou prendre connaissance d'un acte de violence envers un être cher;
7. apprendre qu'on est exposé à une substance nocive;
8. avoir causé la mort d'une autre personne ou des blessures graves à celle-ci.

Les intervenants qui rencontrent des victimes ayant vécu ces expériences peuvent vouloir être à l'affût d'autres symptômes du SSPT ou diriger la personne vers un spécialiste de la santé mentale ou le médecin de famille pour qu'il procède à une évaluation plus complète.

Deuil compliqué

Plusieurs chercheurs ont observé un deuil compliqué chez les victimes du terrorisme qui ont perdu un être cher (Freyd [2002]; Malkinson et coll. [2005]; Neria et coll. [2007]; Pivar et Prigerson [2004]; Raphael et coll. [2004]; SAMHSA [2004]; Sofka [2004]). La personne est essentiellement affectée par la perte et l'attentat terroriste lui-même (Malkinson et coll. [2005]). Il s'agit d'une situation très difficile à vivre.

Certains chercheurs soutiennent que la colère nuit souvent à un deuil sain (Lebel et Ronel [2005]). La colère envers les terroristes semble liée au fait de vouloir qu'ils acceptent leur responsabilité et qu'ils déclarent leur culpabilité plutôt qu'au désir de vengeance ou à d'autres aspects

de la colère (Lebel et Ronel [2005]). Le fait de mettre ainsi l'accent sur la responsabilité peut ressembler à la situation des victimes de tout autre crime qui veulent que justice soit rendue et que les auteurs du crime admettent leur culpabilité. Il y a aussi certaines preuves du lien direct entre des attentats terroristes et les crimes haineux ultérieurs contre des membres des communautés semblables à celle des auteurs de l'attentat (Volpe et Strobl [2005]). Les intervenants devraient noter que les auteurs de ces crimes haineux ne sont pas nécessairement les personnes qui étaient les victimes directes ou indirectes des attentats terroristes. Il est très important que les intervenants considèrent la colère de la victime comme une réaction normale et qu'ils traitent celle-ci pour l'aider à faire face aux émotions et aux réactions complexes qu'elle peut vivre (Dalenberg [2004]).

On rappelle aux intervenants de porter une attention particulière aux questions culturelles en ce qui concerne le deuil (Nordanger [2007]). Les intervenants devraient faire des recherches sur la culture de la victime pour savoir en quoi consiste un deuil normal dans sa communauté d'origine. Nordanger a constaté que les victimes éthiopiennes qui font le deuil de personnes décédées en temps de guerre ont tendance à utiliser des techniques d'évitement comme penser à d'autres choses, se distraire ou se concentrer sur l'avenir pour faire face au deuil. En particulier, ils considèrent le fait de ressasser ou d'approfondir une perte comme une façon de s'attirer des problèmes sociaux, familiaux, spirituels ou de santé. Les intervenants pourraient aussi se demander s'il faut encourager les victimes en deuil à demander l'aide de guérisseurs et de conseillers spirituels de leur propre communauté (Nordanger [2007]).

Dépression

Plusieurs chercheurs ont relevé une hausse du nombre de dépressions chez les survivants des attentats terroristes (Engdahl [2004]; Gabriel et coll. [2007]; Khaled [2004]; Miller et Heldring [2004]; Neria et coll. [2006]; Neria et coll. [2007]; SAMHSA [2004]; Schlenger [2004]). La dépression est définie à la figure 3. Dans un échantillon de personnes fortement traumatisées qui ont survécu à des attentats terroristes, Khaled [2004] a constaté que 23 p. 100 des personnes étaient déprimées. Dans des échantillons d'enfants et de jeunes, toutefois, les chercheurs ont observé des taux plus faibles : 8 p. 100 chez les enfants (Pfefferbaum et coll. [2004]) et environ 15 p. 100 chez les jeunes (Pat-Horenczyk [2004]). Il est intéressant de noter qu'il semble y avoir une réaction à retardement dans le cas de la dépression, qui atteint un

sommet environ 6 mois après l'attentat terroriste (Miller et Heldring [2004]). De plus, Neria et coll. [2006] ont noté que les victimes des attentats du 11 septembre 2001 risquaient plus d'avoir des idées suicidaires, surtout si elles étaient associées à d'autres problèmes comme la dépression.

Culpabilité du survivant

Certains auteurs (Danieli et coll. [2004]; Courtois [2004]; SAMHSA [2004]; Thielman [2004]) font état d'un sentiment de culpabilité chez les personnes qui survivent à un attentat terroriste. Cela semble faire partie de la réflexion sur la recherche de la signification dans le cadre de laquelle la personne se demande non seulement pourquoi elle est une victime, mais aussi pourquoi elle a survécu alors que d'autres ont été blessées ou sont décédées. En particulier, Thielman [2004] fait remarquer qu'il semble y avoir des différences culturelles qui expliquent pourquoi une personne se sent coupable d'avoir survécu, mais il recommande aussi de se demander si le sentiment de culpabilité du survivant est attribuable à la dépression. Les intervenants doivent aider les victimes du terrorisme à comprendre que le sentiment de culpabilité du survivant n'est pas une réaction rare. De plus, vous pouvez aider les victimes à saisir la signification de l'attentat et de son incidence sur leur vie et les amener à se servir de ces connaissances pour faire une projection dans l'avenir. De toute évidence, si cette réaction cause beaucoup de détresse, il peut aussi être utile de diriger le client vers un spécialiste de la santé mentale.

Réactions au fait d'être pris en otage

Beaucoup de groupes terroristes utilisent la prise d'otages pour exercer une pression. Les otages se sentent souvent résignés, désespérés, hébétés et en état de choc, ils craignent d'être tués ou torturés et ils ont des idées et des sentiments déformés (Hillman [1983]). Hillman [1983]) décrit aussi un état de « résignation acquise » dans lequel l'otage commence à faire tout ce qu'on lui demande, sans poser de question. Turner [1985] fait allusion à l'otage qui passe de la peur et de la confusion à l'isolement et à l'ennui et qui se demande « pourquoi moi » en passant sa vie en revue et en faisant des rituels et en planifiant l'avenir. Frankly [1963], psychiatre qui a survécu aux camps de concentration nazis, soutiendrait que c'est cette « projection dans l'avenir » et le fait de survivre pour quelque chose de plus grand que soi (comme la famille, le travail, la spiritualité) qui aident certaines personnes à survivre à la captivité.

Une autre question concernant les otages est le développement possible du syndrome de Stockholm. Il s'agit d'un sentiment de confiance, parfois même de sympathie, que développe une victime de prise d'otages envers son ravisseur (Wilson [2003]). Turner [1985] a énuméré plusieurs facteurs qui semblent accroître les possibilités de développement du syndrome de Stockholm : contact en face-à-face, langue commune, croyances ou sympathies antérieures et durée de la captivité. Le lien est moins probable si la victime est consciente du risque de développer le syndrome ou s'il y a une violence inutile. L'intervenants peut devoir consulter des spécialistes de la santé mentale ou leur recommander le client s'il croit que la victime éprouve ces genres de problèmes.

Question spéciale : Les enfants victimes

Des chercheurs ont examiné la façon dont les enfants s'adaptent aux attentats terroristes (Campbell et coll. [2004]; Courtois [2004]; Galili-Weisstub et Benarroch [2004]; Joshi et O'Donnell [2003]; Kaplan et coll. [2005]; Nielsen et coll. [2006]; Pat-Horenczyk [2004]; Pfefferbaum et coll. [2004]). Les enfants peuvent être des victimes directes, des victimes indirectes ou même des membres de la société qui assistent à l'événement à la télévision. Selon Joshi et O'Donnell [2003], les enfants exposés à un traumatisme peuvent éprouver des problèmes de comportement et de comportement agressif, des problèmes affectifs, des problèmes de santé mentale et des problèmes scolaires et souffrir d'un trouble avec retrait social. D'autres ont fait état de problèmes de comportement chez les jeunes exposés à des attentats terroristes (Campbell et coll. [2004]). Courtois [2004] signale également que les enfants peuvent être plus enclins à la dissociation¹² que les adultes. Tout comme les adultes, les enfants qui sont des victimes directes sont plus susceptibles de manifester des symptômes plus graves (Pfefferbaum et coll. [2004]). Les intervenants doivent savoir que les enfants peuvent avoir de la difficulté à exprimer directement pourquoi ils ont des problèmes; il importe donc d'être à l'affût de ces comportements. Il faut tenir compte de certaines questions spéciales lorsqu'on traite ce groupe, questions que des spécialistes de la santé mentale ou des collègues ayant déjà traité des enfants peuvent être mieux en mesure d'examiner.

¹²La dissociation est un terme clinique semblable à ce que les gens appellent un « choc ». Souvent, la personne éprouve une rupture dans sa façon normale de penser, sa mémoire, son identité ou sa vision du milieu.

Tableau T1 – Réactions courantes des enfants selon leur âge (SAMHSA [2004], p. 24)

Jeunes enfants	Enfants d'âge scolaire	Adolescents
<ul style="list-style-type: none"> ■ Sentiment d'impuissance et passivité ■ Excitation et agitation accrues ■ Peurs et anxiété généralisées ■ Confusion cognitive ■ Incapacité de comprendre l'événement ou ses sentiments et d'en parler ■ Troubles du sommeil, cauchemars ■ Attachement anxieux, se coller ■ Symptômes régressifs ■ Incapacité de comprendre la mort comme un phénomène permanent ■ Affliction relative à l'abandon du fournisseur de soins ■ Symptômes somatiques 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Responsabilité et culpabilité ■ Réinterprétation et rappels du traumatisme ■ Les souvenirs déclenchent des sentiments perturbateurs ■ Troubles du sommeil, cauchemars ■ Préoccupations en matière de sécurité ou à l'égard du danger ■ Comportement agressif, explosions de colère ■ Peurs irrationnelles et réactions traumatiques ■ Vive attention accordée à l'anxiété et aux réactions des parents ■ Préoccupations concernant les « mécanismes » de la mort ■ Problèmes de concentration et d'apprentissage ■ Refus d'aller à l'école ■ Soucis et préoccupations à l'égard d'autrui 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Honte, culpabilité et humiliation ■ Conscience de soi ■ Passage à l'acte post-traumatique ■ Répétition qui met la vie en danger ■ Rébellion à la maison ou à l'école ■ Changement brusque des relations ■ Dépression, retrait social ■ Baisse du rendement scolaire ■ Désir de vengeance ■ Changement radical d'attitude ■ Entrée prématurée à l'âge adulte ■ Détachement des sentiments

Niveau de développement

Même s'il y a un débat au sujet du groupe d'âge le plus susceptible d'éprouver des problèmes après un attentat terroriste (Pat-Horenczyk [2004]), il est important de tenir compte de l'âge de l'enfant et d'autres questions de développement lorsqu'on traite des enfants victimes. Selon Galili-Weisstub et Benarroch [2004], la réaction des fournisseurs de soins peut avoir une incidence directe sur les très jeunes enfants (moins de deux ans). Les enfants d'âge préscolaire sont également affectés par la réaction des fournisseurs de soins, mais ils peuvent poser des questions et parler de leur réaction. Dans le cas des enfants d'âge préscolaire, on pourrait aussi vouloir être à l'affût d'autres signes de détresse, comme le fait de se coller de manière excessive, les explosions d'émotions et l'irritabilité, les changements de comportement ou même la régression à un comportement antérieur (Kaplan et coll. [2005]). Les enfants d'âge scolaire peuvent avoir tendance à éprouver de la difficulté à dormir, des problèmes à l'école et d'autres problèmes comportementaux (Kaplan et coll. [2005]). Tout comme pour les autres groupes de jeunes, la réaction des parents et le modèle qu'ils projettent semblent influencer aussi sur les enfants d'âge scolaire.

Enfin, les adolescents semblent réagir davantage aux traumatismes, peut-être en raison de leur conflit intérieur entre le fait de vouloir être indépendants et le soutien dont ils ont encore besoin par suite du traumatisme (Kaplan et coll. [2005]). Les adolescents manifestent plus de peur (Addington [2003]; Ronen et coll. [2003]) et ont plus de cauchemars après un attentat. Ce qui est plus préoccupant, c'est que cet effet est observé même deux ans après l'événement (Nielsen et coll. [2006]). Le tableau T1 a été établi au moyen de renseignements provenant d'un excellent ressource (Mental health response to mass violence and terrorism: A training manual, SAMHSA [2004]) et peut aider les intervenants qui veulent un résumé. Il convient de noter que les enfants peuvent avoir bon nombre des mêmes réactions que les adultes à la suite d'un traumatisme.

Réaction des fournisseurs de soins

Les parents et les autres fournisseurs de soins veulent souvent des conseils sur la façon de parler de l'attentat terroriste aux enfants (Miller et Heldring [2004]). Comme nous l'avons observé précédemment, la réaction des fournisseurs de soins peut avoir une incidence positive ou négative sur les enfants (Galili-Weisstub et Benarroch [2004]). Les fournisseurs de soins servent non seulement de modèle en ce qui concerne la manière de faire face émotionnellement à la victimisation, mais ils aident aussi l'enfant à mieux maîtriser sa réaction à l'égard de l'attentat. Les intervenants peuvent enseigner aux parents les signes associés au traumatisme ou d'autres réactions aux attentats terroristes, comme ceux qui sont mentionnés plus haut. Les fournisseurs de soins doivent rassurer les enfants sur le fait qu'ils sont en sécurité et ils doivent pouvoir écouter les préoccupations de leurs enfants. Il est possible qu'il faille aussi recourir aux spécialistes ou aux intervenants paraprofessionnels qui sont habitués à travailler auprès des enfants pour aider l'enfant à se sentir en sécurité, à comprendre et à accepter l'attentat, à examiner les problèmes et à s'adapter efficacement afin qu'il puisse reprendre les activités normales qui conviennent à son âge et la vie quotidienne (SAMHSA [2004]). Les fournisseurs de soins eux-mêmes peuvent avoir besoin de soutien pour faire face à leurs réactions tout en créant une vie familiale propice à la guérison (SAMHSA [2004]).

Questions cliniques

Comme l'affirment Neria et Litz [2004], les victimes du terrorisme doivent revenir à une vie normale et se sentir à nouveau en sécurité, à l'aise et protégées afin de se rétablir. Les intervenants peuvent aider les victimes du terrorisme à atteindre cet objectif. Tout comme pour les autres victimes d'actes criminels, il ne s'agit pas de retourner à la situation antérieure au crime, mais d'intégrer l'expérience dans leur nouvelle réalité (Casarez-Levison [1992]). Les stades de rétablissement, les stratégies de prévention des traumatismes, la recherche de la signification, les antécédents en matière de traumatisme, la définition des points forts et les réseaux de soutien influent sur le processus de rétablissement de la victime.

Stades de rétablissement

Nous pouvons considérer les victimes du terrorisme, autant que les victimes d'autres actes criminels, comme passant du stade de la prévictimisation à ceux de la victimisation, de la transition et, finalement, de la réorganisation (Casarez-Levison [1992]). Les intervenants peuvent consulter les chapitres précédents pour orienter les victimes vers les services clés. Au début, la victime pourrait avoir besoin d'un soutien pratique (logement, aliments, soins médicaux, etc.), d'une intervention d'urgence, d'un soutien psychologique à court terme, de renseignements, etc. Tout au long de son rétablissement, il peut être davantage nécessaire de rechercher la signification ou de recourir aux counseling en matière de deuil. En d'autres termes, les intervenants doivent effectuer une évaluation soignée de la victime et faire correspondre les interventions aux besoins définis.

Stratégies de prévention des traumatismes

Des entreprises internationales et locales ont eu recours à la formation de leurs employés sur la façon de faire face aux traumatismes (par exemple, la prise d'otages) pour les protéger en cas d'attentat terroriste. Étant donné la gamme étendue de réactions possibles, il est difficile de préparer complètement des personnes au chaos (Hall et coll. [2004]). Cependant, le public s'attend à ce que l'État et les organismes communautaires aient un plan clair et efficace (Lahad [2005]; Laor et coll. [2005]). De même, plusieurs auteurs soutiennent que les médias peuvent aider le grand public à comprendre ce qui s'est produit et ce qu'il faut faire (Durodié et Wessely [2002]; Reyes et Elhai [2004]; Ross [2004]; Thielman [2004]). Comme cette stratégie de santé publique emploie les mêmes moyens pour assurer les services que les terroristes utilisent pour propager la peur, elle devrait permettre de rejoindre une grande partie du même public (Ross [2004]; Thielman [2004]).

Recherche de la signification : raconter l'histoire

Rappelez-vous le modèle décrit dans la première partie et le fait que les victimes d'actes criminels doivent comprendre ce qui est arrivé et en saisir la signification. Si les victimes du terrorisme réussissent à le faire, elles peuvent apprécier davantage la vie, réorganiser leurs priorités et se rendre compte qu'elles sont plus fortes qu'elles ne l'avaient

cru (Danieli et coll. [2004]; Frankl [1963]). En racontant son histoire, la victime du terrorisme peut commencer à saisir la signification, d'une manière contrôlée, de l'événement (Kutz et Bleich [2005]) et réinterpréter la situation (Adessky et Freedman [2005]). Contrairement au retour incontrôlé sur ce qui s'est produit, le fait de le raconter à nouveau aide à regagner la maîtrise de sa vie (Amsel et coll. [2005]; Kutz et Bleich [2005]).

Recherche de la signification : permettre l'émotion

Il est important pour toutes les victimes d'actes criminels de pouvoir exprimer ouvertement leurs sentiments. La victime peut exprimer sa colère, sa tristesse, son désespoir ou n'importe quel genre d'émotion, et le rôle de l'intervenant consiste à lui en donner la chance, mais aussi à l'aider à saisir la signification des événements (Kutz et Bleich [2005]). Il faut retenir que les victimes de traumatisme peuvent recevoir des messages directs et indirects de personnes de leur entourage, qui leur disent qu'elles ne devraient pas exprimer leurs sentiments et leurs émotions (Danieli et coll. [2004]). Par conséquent, il s'avère encore plus important de leur offrir un cadre qui les incite à faire ce partage et de les soutenir.

Antécédents en matière de traumatisme et retraumatisation

Les intervenants doivent également connaître deux aspects du traumatisme subi par les victimes du terrorisme : le traumatisme antérieur et les traumatismes répétés (Adessky et Freedman [2005]). Premièrement, les attentats du 9 septembre ont eu l'effet le plus important sur les personnes qui avaient déjà subi un traumatisme (Danieli et coll. [2004]; Neria et coll. [2006]; SAMHSA [2004]). Par conséquent, devant une réaction plus vive, les intervenants voudraient peut-être connaître les antécédents du client en matière de traumatisme, car seulement certains des symptômes et des problèmes courants peuvent se rapporter à l'attentat terroriste. Deuxièmement, un traumatisme antérieur accroît la vulnérabilité de la personne à ce mal si d'autres événements se produisaient (Kinzie [2004]). Pendant cette période déroutante et délicate, la victime peut être très vulnérable. Il convient de noter en particulier que le fait de regarder les reportages télévisés sur l'attentat terroriste peut avoir un effet négatif sur la réaction au traumatisme des adultes et des enfants (Delahanty [2007]; Miller et Heldring [2004]).

Détermination des points forts

Beaucoup de chercheurs et de cliniciens se concentrent sur les points forts manifestés pendant et après les attentats terroristes (Danieli et coll. [2004]; Fredrickson et coll. [2003]; Raphael et coll. [2004]). Certains parlent de la « période héroïque » naturelle qui se déroule pendant l'attentat, lorsque des étrangers risquent leur vie pour des victimes, ainsi que de la période de lune de miel caractérisée par la gentillesse et la générosité (Reissman et coll. [2005]). D'autres font état de la résilience de ceux qui se prennent en charge à la suite de l'attentat et qui répondent aux besoins des victimes et de la collectivité (Fredrickson et coll. [2003]; Friedman [2005]; Danieli et coll. [2004]; Heldring et Kudler [2005]; Raphael et coll. [2004]; Ross [2004]; SAMHSA [2004]; Sederer et coll. [2005]). Peterson ([2002] cité dans Danieli, Brom et Sills [2004]) a utilisé Internet pour examiner les valeurs, les points forts et les vertus des Américains avant et après le 11 septembre et a constaté une intensification des manifestations d'amour, de gratitude, d'espoir, de gentillesse, de spiritualité et de travail en équipe. La spiritualité, par la participation à des activités religieuses ou à des démarches plus privées, est souvent mentionnée comme une stratégie d'adaptation importante pour faire face aux attentats terroristes (Berger [2005]; Nader et Danieli [2004]; Pat-Horenczyk [2004]; Sofka [2004]; Thielman [2004]; Yeh et coll. [2006]). Les intervenants devraient respecter les choix personnels des victimes et leur venir en aide en trouvant des façons appropriées dont elles pourraient mettre leurs forces à profit.

Réseaux de soutien

Comme nous l'avons mentionné plus tôt, la victimisation se produit dans un continuum. La victime d'une prise d'otage par des terroristes peut être la victime directe. Mais, sa famille, ses amis, la communauté en général et les spécialistes aidants en sont aussi victimes à des degrés différents. Cela devient très important lorsqu'on examine les réseaux de soutien de la victime, car c'est vers lui que cette dernière se tourne en premier pour chercher de l'aide. Des études révèlent que la demande d'aide est une stratégie d'adaptation efficace pour faire face à la détresse continue (Miller et Heldring [2004]). Il y a un consensus selon lequel la plupart des victimes d'attentats terroristes ne demandent pas l'aide de spécialistes quand elles ont réactions psychologiques à la suite de l'événement (Adams et coll. [2004]; Ben-Gershon et coll. [2005]; Neria [2005]; Raphael et coll. [2004]).

Les victimes préfèrent ne pas parler aux spécialistes, mais plutôt faire appel à leur réseau de soutien naturel (Leymann et Lindell [1992]). Selon des statistiques canadiennes, les victimes d'actes criminels ont demandé l'aide d'un organisme d'aide officiel (services aux victimes, centres d'assistance, lignes d'aide, services sociaux ou de santé) dans 9 p. 100 des incidents; les autres (90 p. 100) ont fait appel à leur réseau de soutien naturel (Gannon et Mihorean [2005]). Le stress causé par le fait d'aider la victime à s'adapter peut devenir accablant (Mikulincer et coll. [1993]; Nolen-Hoeksema et Davis [1999]). De plus, les aidants naturels eux-mêmes ressentent parfois les séquelles de l'attentat terroriste et ne sont pas en mesure d'aider ou d'être disponibles (SAMHSA [2004]). Les intervenants peuvent donc constater que pendant qu'ils traitent une victime identifiée, beaucoup d'autres victimes éprouvant aussi des problèmes se trouvent à l'arrière-plan. Cela peut obliger à s'occuper d'un grand nombre personnes, et à jouer divers rôles de soutien en tant qu'intervenant (par exemple, sur le plan émotionnel, de l'appréciation, de l'information et matériel; tableau 4, page 30 du guide original).

Questions relatives aux fournisseurs de soins

Pour les intervenants qui traitent les victimes d'actes criminels, l'autothérapie est exceptionnellement importante, comme l'indique le premier chapitre. Après un attentat terroriste, les habitudes d'autothérapie sont encore plus importantes en raison de l'atmosphère d'urgence initiale et des besoins ultérieurs en matière de services (Waizer et coll. [2004]). Beaucoup de spécialistes disent qu'ils ont de la difficulté à assimiler leurs réactions aux attentats terroristes (Colarossi et coll. [2005]; Shamaï [2005]). Il y a donc d'autres questions relatives à l'autothérapie dont il faut tenir compte lorsqu'on traite les victimes du terrorisme. Il est important de discerner les premiers symptômes de détresse, de parler aux autres, de reconnaître ses compétences et ses limites, de constituer des ressources personnelles et d'accepter la difficulté du travail (Danieli [2005]). La présente section porte sur les principaux domaines que les intervenants doivent comprendre lorsqu'ils traitent les victimes du terrorisme.

Points de vue personnels

Bien qu'il s'agisse peut-être d'une question difficile à saisir pour certains, tous ceux qui traitent les victimes d'un acte terroriste doivent examiner leurs points de vue personnels sur les objectifs politiques des terroristes. À titre d'intervenant auprès des victimes, vous avez sans aucun doute de l'empathie pour elles et une réaction négative à l'endroit des criminels. Toutefois, dans le cas du terrorisme, vous pouvez trouver que même si vous ne souscrivez pas au recours à la violence, vous pouvez être sympathique à la cause des terroristes. D'autre part, vous pouvez désapprouver leurs actions et leurs objectifs. Dans un cas comme dans l'autre, ces sentiments personnels peuvent influencer sur votre travail auprès des victimes. En outre, vous pouvez avoir un point de vue bien arrêté, positif ou négatif, sur la réaction des autres autorités ou gouvernements à un attentat terroriste. Étant donné la nature politique du terrorisme, il est plus compliqué d'y faire face. Votre rôle consiste à aider la victime à s'adapter à la victimisation. Le fait de ne pas tenir compte de votre réaction personnelle aux efforts des terroristes (et non leurs actions), toutefois, pourrait réduire votre efficacité. Par conséquent, vous voudrez peut-être avoir recours à la supervision, à la consultation, aux groupes de discussion ou aux ateliers ou tenir un journal pour aplanir ces réactions et établir des limites claires.

Traumatisation vicariante

Tout comme les autres crimes, les infractions associées au terrorisme peuvent avoir une incidence profonde sur vous en tant qu'intervenant. Vous devez évaluer votre propre réaction : Avez-vous des idées ou des images envahissantes ou passez-vous beaucoup de temps à penser aux épreuves de la victime? Vous voudrez peut-être examiner l'effet personnel de l'attentat terroriste sur votre propre vie (Danieli [2005]). Selon la nature de l'événement, vous pouvez faire face à une tragédie de grande ampleur ou à des incidents continus, qui peuvent créer un traumatisme vicariant (Fraidlin et Rabin [2006]). Vous pouvez discuter ces questions dans des équipes, ou au cours de consultations ou avec les supérieurs. Si vous croyez que votre réaction nuit à votre capacité de faire du bon travail, il est logique de recourir à la thérapie pour faire face à ces sentiments.

Acceptation

Selon Danieli [2005], pour guérir et nous développer, nous devons accepter que notre vie ne sera plus la même. Cette « nouvelle normalité » se répercute sur tous les aspects de notre vie : victimes, intervenants et société (Danieli et coll. [2004]). Dans nos fonctions d'intervenants auprès de personnes qui sont en détresse par suite d'un traumatisme (crime ou autre), nous voyons de nombreuses personnes dont la vision d'un monde sûr et juste est modifiée. La « nouvelle normalité » a aussi un effet sur vous et, à mesure que vous en venez à accepter la nouvelle réalité, vous pouvez aider vos clients à faire de même. Fait important, l'acceptation ne signifie pas que vous ne pouvez pas améliorer la « nouvelle normalité ». En fait, aider les victimes du terrorisme améliore la « nouvelle normalité » d'une personne, d'une famille ou d'un groupe à la fois.

Ressources du Web

Vous pouvez consulter de nombreuses ressources dans Internet pour en savoir davantage sur le traitement des victimes du terrorisme. N'importe quel moteur de recherche vous donnera accès à des ressources pratiques. Les sites mentionnés ci-après vous permettent d'obtenir rapidement des renseignements utiles. Vous devriez faire vos propres recherches en vous concentrant sur les questions qui concernent votre client.

Facing fear together est un site Web axé sur la santé mentale et les organismes de soins de première ligne qui s'occupent de terrorisme.
<http://www.facingfearaltogether.org/healthtogether/facingfear/>

L'**Office for Victims of Crime Resource Center (OVCRC)** a des archives interrogeables sur diverses questions relatives aux victimes et plusieurs guides et rapports utilisés dans le présent chapitre.
<http://www.ojp.usdoj.gov/ovc/>

La **American Psychology Association (APA)** a conçu des fiches de renseignements pour aider à accroître la résilience chez diverses populations après les attentats terroristes, y compris les adultes, les enfants, les premiers intervenants, les intervenants en santé mentale, les familles de militaires, les adultes âgés, les gens de couleur, les intervenants de première ligne et les personnes souffrant de graves maladies mentales.
<http://www.apa.org/psychologists/resilience.html>

La **International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)** est un organisme professionnel multidisciplinaire international sur le stress et les traumatismes graves. L'organisme étudie des questions comme la compréhension de la portée et des conséquences de l'exposition à un traumatisme, la prévention des traumatismes et l'amélioration de leurs conséquences et la défense du domaine du stress dû à un traumatisme. Le site comprend une sous-section sur le terrorisme, y compris des liens et des brochures.

<http://www.istss.org/terrorism/professionals.htm>

La **Société canadienne de psychologie (SCP)** a conçu des fiches de renseignements sur divers problèmes, y compris le syndrome de stress post-traumatique, le deuil et la dépression.

<http://www.cpa.ca/publicationsfr/votresantelapsychologiepeutvousaider>

Le **Memorial Institute for the Prevention of Terrorism (MIPT)** a une vaste base de données contenant des articles et des renseignements sur tous les aspects du terrorisme, y compris des liens vers d'autres sites.

<http://www.mipt.org/>

Victims Assistance Online est une ressource d'information, de recherche et de réseautage axée sur la victimologie à l'intention des intervenants et les spécialistes dans le domaine de l'aide aux victimes qui travaillent auprès des victimes. Elle a une page spéciale consacrée aux victimes du terrorisme.

<http://www.vaonline.org/terrorism.html>

Notions de base

- Les terroristes adoptent un comportement criminel violent pour atteindre des objectifs politiques en exerçant une pression sur les décideurs et la société (Ganor [2004]). En s'en prenant aux dirigeants politiques et aux membres de la société, les terroristes propagent la peur dans la société pour attirer l'attention sur leur cause politique (Danieli, Brom et Sills [2004]).

- Le terrorisme frappe au cœur de la vision d'un monde sûr et prévisible (Davidowitz-Farkas et Hutchison-Hall [2005]).
- Les victimes du terrorisme comprennent :
 - o *les victimes directes* : les personnes tuées ou qui sont des témoins directs de l'attentat;
 - o *les victimes directes que sont les spécialistes ou les bénévoles* : les personnes qui sont sur les lieux de l'attentat terroriste pour remplir leurs fonctions ou à titre de bénévoles;
 - o *les victimes indirectes* : les membres de la famille, les amis, les collègues, etc. de la victime directe. Les victimes directes ont souvent recours à ce groupe pour obtenir du soutien;
 - o *les victimes de la société* : les personnes de la société qui sont touchées par l'attentat;
 - o *les victimes revictimisées* : les personnes qui ont été déjà victimes d'un attentat terroriste, mais qui sont de nouveau traumatisées par un nouvel attentat ou le signalement d'un attentat déjoué.
- Il semble n'y avoir aucune étude comparant directement les victimes du terrorisme aux victimes d'autres actes criminels.
- Les réactions aux traumatismes ne sont pas prévisibles; chaque personne est différente (Silver et coll. [2004]).
- Beaucoup de victimes du terrorisme peuvent ressentir une détresse initiale (Lahad [2005]; Schlenger [2004]), mais n'éprouvent pas par la suite de problèmes psychologiques graves (Fredrickson et coll. [2003]; Friedman [2005]; Galili-Weisstub et Benarroch [2004]).
- Les problèmes dont les intervenants doivent être à l'affût chez leurs clients sont le syndrome de stress post-traumatique et le stress aigu (Office for Victims of Crime [2005]), le deuil compliqué (Pivar et Prigerson [2004]), la colère (Lebel et Ronel [2005]), la dépression (Miller et Heldring [2004]) et le sentiment de culpabilité du survivant.
- Les victimes qui ont été prises en otage peuvent se sentir résignées, désespérées, hébétées et en état de choc, elles craignent d'être tuées ou torturées et elles ont des idées et des sentiments déformés (Hillman [1983]) et elles peuvent également développer le syndrome de Stockholm. Le syndrome de Stockholm est un sentiment de confiance, parfois même de sympathie, que développe une victime de prise d'otages envers ses ravisseurs (Wilson [2003]).

- Les enfants victimes du terrorisme éprouvent bon nombre des mêmes problèmes que les adultes, mais la réaction des fournisseurs de soins et le niveau de développement jouent un grand rôle. Les fournisseurs de soins servent non seulement de modèle en ce qui concerne la manière de faire face émotivement à la victimisation, mais ils aident aussi l'enfant à mieux maîtriser ses réactions.
- Les intervenants doivent déterminer si les victimes ont besoin d'une intervention d'urgence, d'un soutien psychologique à court terme, de renseignements, de soutien dans leur recherche de la signification ou de counseling en matière de deuil.
- La recherche de la signification consiste à permettre à la victime de raconter son histoire tout en exprimant ouvertement ses sentiments.
- Les intervenants doivent également connaître les antécédents en matière de traumatisme, car un traumatisme antérieur peut aggraver les réactions à l'événement le plus récent.
- Les intervenants doivent aider les victimes à déterminer leurs points forts qui les aident à faire face à leur réaction et être à l'affût de la croissance post-traumatique, dans le cadre de laquelle la personne s'améliore parce qu'elle réussit à surmonter le traumatisme de l'attentat.
- Les intervenants peuvent devoir prodiguer des conseils et de l'aide au réseau de soutien de la victime.
- Les intervenants doivent se rappeler que les habitudes d'autothérapie sont encore plus importantes en raison de l'atmosphère d'urgence initiale et des besoins ultérieurs en matière de services (Waizer et coll. [2004]).
- Les intervenants doivent accorder une attention particulière à leurs points de vue personnels sur l'attentat terroriste ainsi qu'au plan d'action et à la réaction des autres gouvernements, car ces points de vue peuvent influencer sur leur travail.
- Les intervenants doivent être à l'affût de la traumatisation vicariante, des pensées et des images envahissantes et des signes selon lesquels ils passent beaucoup de temps à penser aux épreuves de la victime.
- Les intervenants doivent s'adapter à la « nouvelle normalité » (Danieli et coll. [2004]).

Bibliographie

- Adams, M. L., J. D. Ford et W. F. Dailey. 2004. Predictors of help seeking among Connecticut adults after September 11, 2001. *American Journal of Public Health* 94(9): 1596-1602.
- Addington, L. A. 2003. Students' fear after Columbine: Findings from a randomized experiment. *Journal of Quantitative Criminology* 19(4): 367-387.
- Adessky, R. S. et S. A. Freedman. 2005. Treating survivors of adversity while adversity continues. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(1-2): 443-454.
- Ahern, J., S. Galea, H. Resnick et D. Vlahov. 2004. Television watching and mental health in the general population of New York City after September 11. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 109-124.
- Amsel, L. V., Y. Neria, R. D. Marshall et E. Jung Suh. 2005. Training therapists to treat the psychological consequences of terrorism: Disseminating psychotherapy research and researching psychotherapy dissemination. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(1-2): 633-647.
- Baca, E., E. Baca-García, M. M. Pérez-Rodríguez et M. L. Cabanas. 2004. Short- and long-term effects of terrorist attacks in Spain. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 157-170.
- Ben-Gershon, B., A. Grinshpoon et A. M. Ponizovsky. 2005. Mental health services preparing for the psychological consequences of terrorism. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(3-4): 743-753.
- Berger, R. 2005. An ecological community-based approach for dealing with traumatic stress: A case of terror attack on a kibbutz. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(1-2): 513-526.
- Brom, D. 2005. Voice: Right after the bomb went off. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(3-4): 741-742.

Campbell, A., E. Cairns et J. Mallett. 2004. Northern Ireland: The psychological impact of "The Troubles". *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 175-184.

Chemtob, C. M. 2005. Finding the gift in the horror: Toward developing a national psychosocial security policy. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(3-4): 721-727.

Colarossi, L., J. Heyman et M. Phillips. 2005. Social workers' experiences of the World Trade Center disaster: Stressors and their relationship to symptom types. *Community Mental Health Journal* 41(2): 185-198.

Courtois, C. A. 2004. Complex trauma, complex reactions: assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 41(4): 412-425.

Dalenberg, C. J. 2004. Maintaining the safe and effective therapeutic relationship in the context of distrust and anger: Countertransference and complex trauma. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 41(4): 438-447.

Danieli, Y., D. Brom et J. Sills. 2004. The Trauma of Terrorism: Contextual Considerations. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 1-17.

Danieli, Y. 2004. Guide: Some principles of self-care. *Journal of Aggression Maltreatment and Trauma* 10(1-2): 663-665.

Davidowitz-Farkas, Z. et J. Hutchison-Hall. 2005. Religious care in coping with terrorism. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(1-2): 565-576.

Delahanty, D. E. 2007. Are we prepared to handle the mental health consequences of terrorism? *The American journal of psychiatry* 164(2): 189-191.

Durodié, B. et S. Wessely. 2002. Resilience or panic? The public and terrorist attack. *Lancet* 360(9349): 1901-1902.

Engdahl, B. 2004. International findings on the impact of terrorism. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 265-276.

Fraidlin, N. J. et B. J Rabin. 2006. Social workers confront terrorist victims: The interventions and the difficulties. *Social Work in Health Care* 43(2): 115-130.

Frankl, V. 1963. *Man's search for meaning: An introduction of logotherapy*. New York, NY: Washington Square Press.

Fredrickson, B. L., M. M. Tugade, C.E. Waugh et G. R. Larkin. 2003. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th 2001. *Journal of Personality and Social Psychology* 84(2): 365–376.

Freyd, J. J. 2002. In the wake of terrorist attack, hatred may mask fear. *Analysis of Social Issues and Public Policy* 5-8.

Friedman, M. J. 2005. Toward a public mental health approach for survivors of terrorism. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(1-2): 527-539.

Gabriel, R., L. Ferrando, E. S. Corton, et coll. 2007. Psychopathological consequences after a terrorist attack: An epidemiological study among victims, the general population, and police officers. *European Psychiatry* 22: 339-346.

Galili-Weisstub, E. et F. Benarroch. 2004. The immediate psychological consequences of terror attacks in children. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(3-4): 323-334.

Gannon, M. et K. Mihorean. 2005. La victimisation criminelle au Canada 2004. *Statistique Canad.* –No 85-002-XPE au catalogue. Vol. 25, no 7. Ottawa.

Ganor, B. 2004. Terrorism as a strategy of psychological warfare. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 33-43.

Green, B. L. 1993. Identifying survivors at risk: Trauma and stressors across events. In *International handbook of traumatic stress syndrome*, sous la direction de J. P. Wilson et B. Raphael, 135-143. New York, NY: Plenum.

- Hall, M. J., A.E. Norwood, C. S. Fullerton, R. Gifford et R. J. Ursano. 2004. The psychological burden of bioterrorism. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 293-304.
- Heldring, M. et H. Kudler. 2005. The primary care health system as a core resource in response to terrorism. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(1-2): 541-552.
- Herek, G. M., J. R. Gillis et J. C. Cogan. 1999. Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67(6): 945-951.
- Herek, G. M., J. R. Gillis, J. C. Cogan et E. K. Glunt. 1997. Hate crime victimization among lesbian, gay and bisexual adults: Prevalence, psychological correlates and methodological issues. *Journal of Interpersonal Violence* 12(2): 195-215.
- Hillman, R. 1983. The psychopathology of being held hostage. In *Perspectives on terrorism*, sous la direction de L. Freedman et Y. Alexander, 157-165. Wilmington, DE: Scholarly Resources Inc.
- Horan, D. A. 2006. A review of resources for Canadian victims of terrorism (Internal report). Ottawa : rapport interne de la Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Justice du Canada.
- Jehel, L. et A. Brunet 2004. The long-term effects of terrorism in France. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 193-200.
- Jordan, K. 2002. Providing crisis counseling to New Yorkers after the terrorist attack on the World Trade Center. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 10(2): 139-144.
- Joshi, P. T. et D. A. O'Donnell. 2003. Consequences of child exposure to war and terrorism. *Clinical Child and Family Psychology Review* 6(4): 275-292.
- Kaplan, S. J., D. Pelcovitz et V. Fornari. 2005. The treatment of children impacted by the World Trade Center attack. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(1-2): 455-466.

- Khaled, N. 2004. Psychological effects of terrorist attacks in Algeria. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 201-212.
- Kinzie, J. D. 2004. Some of the effects of terrorism on refugees. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(3-4): 411-420.
- Kutz, I. et A. Bleich. 2005. Mental health interventions in a general hospital following terrorist attacks: The Israeli experience. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(1-2): 425 -437.
- Kutz, I. et R. Dekel. 2006. Follow-up of victims of one terrorist attack in Israel: ASD, PTSD and the perceived threat of Iraqi missile attacks. *Personality and Individual Differences* 40(8): 1579-1589.
- Lahad, M. 2005. =Terrorism: The community perspective. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(3-4): 667-679.
- Laor, N., Z. Wiener, S. Spirman et L. Wolmer. 2005. Community mental health in emergencies and mass disasters: The Tel-Aviv model. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(3-4): 681-694.
- Lebel, U. et N. Ronel. 2005. Parental discourse and activism as a response to bereavement of fallen sons and civilian terrorist victims. *Journal of Loss and Trauma* 10(4): 383-405.
- Levanon, T., E. Flamm-Oren et G. Kahn-Hoffmann. 2005. The need for a continuum of traumas: Who feeds the birds? *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(3-4): 729-740.
- Leymann, H et J. Lindell. 1992. Social support after armed robbery in the workplace. In *The Victimology Handbook: Research findings, treatment, and public policy*, sous la direction de E. Viano, 285-304. New York: Garland Publishing Inc.
- Malkinson, R., S. S. Rubin et E. Witztum. 2005. Terror, trauma, and bereavement: implications for theory and therapy. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(1-2): 467-477.
- Marsella, A. J. et F. M. Moghaddam. 2004. The origins and nature of terrorism: Foundations and issues. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 19-31.

McDevitt, J., J. Balboni, L. Garcia et J. Gu. 2001. Consequences for victims : A comparison of bias- and non-bias-motivated assaults. In *Crimes of Hate: Selected Readings*, sous la direction de P. Gerstenfeld et D. Grant, 45-57. Londres: Sage.

Miller, A.M. et M. Heldring. 2004. Mental health and primary care in a time of terrorism: Psychological impact of terrorist attacks. *Families, Systems, and Health* 22(1): 7-30.

Mikulincer, M., V. Florian et A. Weller. 1993. Attachment styles, coping strategies, and post-traumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel. *Journal of Personality and Social Psychology* 64(5), 817-826.

Nader, K. et Y. Danieli. 2004. Cultural issues in terrorism and in response to terrorism. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(3-4): 399-410.

Neria, Y., R. Gross, M. Olfson et coll. 2006. Post-traumatic stress disorder in primary care one year after the 9/11 attacks. *General Hospital Psychiatry* 28(3): 213-222

Neria, Y., R. Gross, B. Litz et coll. 2007. Prevalence and Psychological Correlates of Complicated Grief among Bereaved Adults 2.5-3.5 Years after 9/11 Attacks. *Journal of Traumatic Stress* 20(3): 251-262.

Neria Y. et B. T. Litz. 2004. Bereavement by traumatic means: The complex synergy of trauma and grief. *Journal of Loss and Trauma* 9(1): 73-87.

Neria, Y. 2005. *Mental Health in the Wake of Terrorism: Making Sense of Mass Casualty Trauma*. In *9/11: Mental health in the wake of a terrorist attack*, sous la direction de Y. Neria, R. Marshall et E. Susser. New York: Cambridge University Press.

Nielsen, T. A., P. Stenstrom et R. Levin. 2006. Nightmare frequency as a function of age, gender, and September 11 2001: Findings from an Internet questionnaire. *Dreaming* 16(3): 145-158.

Nolen-Hoeksema, S. et C. G. Davis. 1999. "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology* 77(4): 801-814.

Nordanger, D. 2007. Coping with loss and bereavement in post-war Tigray, Ethiopia. *Transcultural Psychiatry* (Dec): 545-565.

Office for Victims of Crime. 2004. Antiterrorism and emergency assistance program: responding to victims of terrorism and mass violence crimes. Washington, DC: United States Department of Justice Office of Justice Programs.

Office for Victims of Crime. 2001. OVC handbook for coping after terrorism: A guide to healing and recovery. Washington, DC: United States Department of Justice Office of Justice Programs.

Office for Victims of Crime. 2005. Responding to September 11 victims: Lessons learned from the States. Washington, DC: United States Department of Justice Office of Justice Programs.

Office for Victims of Crime. 2000. Responding to terrorism victims: Oklahoma city and beyond. Washington, DC: United States Department of Justice Office of Justice Programs.

Ohtani, T., A. Iwanami, K. Kasai et coll. 2004. Post-traumatic stress disorder symptoms in victims of Tokyo subway attack: A 5-year follow-up study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 58(6): 624-629.

Pat-Horenczyk, R. 2004. Post-traumatic distress in Israeli adolescents exposed to ongoing terrorism: selected findings from school-based screenings in Jerusalem and nearby settlements. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(3-4): 335-347.

Pfefferbaum, B. J., E. R. DeVoe, J. Stuber, M. Schiff, T. P. Klein et G. Fairbrother. 2004. Psychological impact of terrorism on children and families in the United States. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(3-4): 305-317.

Pivar, I. L. et H. G. Prigerson 2004. Traumatic loss, complicated grief, and terrorism. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 277-288.

Raphael, B., J. Dunsmore et S. Wooding. 2004. Terror and trauma in Bali: Australia's mental health disaster response. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 245-256.

- Reissman, D. B., S. Spencer, T. L. Tanielian et B. D. Stein. 2005. Integrating behavioral aspects into community preparedness and response systems. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(3-4): 707-720.
- Reyes, G. et J. D. Elhai. 2004. Psychosocial interventions in the early phases of disasters. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 41(4): 399-411.
- Ronen, T., G. Rahav et N. Appel. 2003. Adolescent stress responses to a single acute stress and to continuous external stress: Terrorist attacks. *Journal of Loss and Trauma* 8(4): 261-282.
- Ross, G. 2004. Guide: Media Guidelines: From the "Trauma Vortex" to the "Healing Vortex". *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(3-4): 391-394.
- Schlenger, W. E. 2004. Psychological impact of the September 11 2001 terrorist attacks: Summary of empirical findings in adults. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 97-108.
- Sederer, L. I., K. L. Ryan, K. B. Gill et J. F. Rubin. 2005. Challenges of urban mental health disaster planning. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma*, 10(3-4): 695-706.
- Shamai, M. 2005. Personal experience in professional narratives: The role of helpers' families in their work with terror victims. *Family Process* 44(2): 203-215.
- Shichor, D. 2007. Thinking about terrorism and its victims. *Victims and Offenders* 2(3), 269-287.
- Silver, R. C., M. Poulin, E. A. Holman, D. N. McIntosh, V. Gil-Rivas et J. Pizarro. 2004. Exploring the myths of coping with a national trauma: A longitudinal study of responses to the September 11th terrorist attacks. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 129-141.
- Sofka, C. J. 2004. Assessing loss reactions among older adults: Strategies to evaluate the impact of September 11 2001. *Journal of Mental Health Counseling* 26(3): 260-281.

Somasundaram, D. 2004. Short- and long-term effects on the victims of terror in Sri Lanka. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 215-228.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). 2004. *Mental health response to mass violence and terrorism: A training manual*. Rockville, MD: nited States Department of Health and Human Services.

Thielman, S. B. 2004. Observations on the impact on Kenyans of the August 7, 1998, bombing of the United States Embassy in Nairobi. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(1-2): 233-240.

Turner, J. T. 1985. Factors Influencing the Development of Hostage Identification Syndrome. *Political Psychology* 6(4): 705-711.

Vardi, M. 2005. Identification and follow-up by primary care doctors of children with PTSD after terrorist attacks. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(1-2): 553-564.

Volpe M. R. et S. Strobl. 2005. Restorative justice responses to post-September 11 hate crimes: Potential and challenges. *Conflict Resolution Quarterly* 22(4): 527-535.

Waizer, J., A. Dorin, E. Stoller et R. Laird. 2004. Community-based interventions in New York City after 9/11: A provider's perspective. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 10(1-2): 499-512.

Weimann, G. 2004. The theater of terror: The psychology of terrorism and the mass media. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 9(3-4): 379-390.

Wessely, S. 2005. Don't panic! Short- and long-term psychological reactions to the new terrorism: The role of information and the authorities. *Journal of Mental Health (UK)* 14(1): 1-6.

Wilson, M. 2003. The psychology of hostage taking. In *Terrorists, victims and society: Psychological perspectives on terrorism and its consequences*, sous la direction de A. Silke, 55-76, Hoboken, NJ: Wiley.

Yeh, C. J., A. C. Inman, A. B. Kim et Y. Okubo. 2006. Asian American families' collectivistic coping strategies in response to 9/11. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 12(1): 134-148.

