



Une ressource à l'intention des organismes et des individus pour la prestation de services sensibles au traumatisme

Les traumatismes

Manuel sur les traumatismes
Deuxième édition, 2013

Nous remercions nos collaborateurs et collaboratrices :

Mary Jo Bolton, MMFT,
Directrice des services cliniques, MMFT
(Maîtrise en thérapie conjugale et familiale)
Klinik Community Health Centre

Shannon Buck,
West Central Womens Resource Centre

Dr Ed Conners
Psychologue clinicien

Kate Kiernan, M.Sc.,
Thérapeute, TCFA

Cheryl Matthews,
Coordonnatrice au Manitoba, MMFT,
(Maîtrise en thérapie conjugale et familiale)
Centre d'information et d'éducation sur les traumatismes

Melody McKellar, Aînée

Jocelyn Proulx, PhD,
Université de Winnipeg

Tim Wall,
Directeur des services cliniques
Klinik Community Health Centre

Chris Willette, MSW,
Klinik Community Health Centre

Santé Canada

“La publication du présent manuel a été rendue possible en partie grâce à l'appui du ministère Vie saine du gouvernement du Manitoba et du gouvernement du Canada. ”



Une ressource à l'intention des organismes et des individus pour la prestation de services sensibles au traumatisme

Les traumatismes

Manuel sur les traumatismes
Deuxième édition, 2013



**“Nous avons tous droit
à un avenir qui n’est
pas dicté par le passé”**

Karen Saakvitne



Introduction

Ce manuel a pour objectif de transmettre des connaissances aux prestataires de service qui travaillent auprès d'adultes ayant vécu un traumatisme. Il vise aussi à éclairer le travail des organismes et des prestataires de service et à fonder une relation sensible au traumatisme avec la personne concernée afin de cultiver un sentiment de sécurité, de confiance et de compassion.

Les personnes de tous les âges et de toutes les conditions socio-économiques peuvent souffrir d'un événement traumatisant dans notre société. Les événements traumatisants peuvent engendrer la terreur, la peur intense, l'horreur, un sentiment d'impuissance et un stress physique. Dans certains cas, l'impact d'un tel événement ne disparaît pas tout seul. Au lieu, certains événements traumatisants deviennent des expériences profondes qui peuvent influencer le regard que les enfants, les adolescents et les adultes portent sur eux-mêmes et sur le monde. L'impact d'un traumatisme peut se faire sentir seulement quelques semaines, voire quelques mois ou quelques années plus tard.

Le traumatisme psychique est un énorme problème de santé publique qui affecte la santé d'individus, de familles et de communautés partout au Canada. Le traumatisme impose une lourde charge aux systèmes de soins de santé et de services sociaux. Le traumatisme est un problème de santé mentale, mais il touche également d'autres secteurs de la santé, notamment la santé primaire/physique, la santé mentale et la santé spirituelle. Vu l'effet énorme du traumatisme sur la santé, il importe que chaque prestataire de soins de santé et de services sociaux sache ce qu'est un traumatisme, puisse reconnaître les symptômes d'un traumatisme et comprenne son rôle dans le processus de rétablissement. Les domaines des soins de santé et des services sociaux, et surtout les personnes qui font appel à ces services, peuvent bénéficier des approches sensibles au traumatisme.



Le traumatisme est répandu à un point tel que les prestataires de service peuvent s'attendre à ce que beaucoup de leurs clients aient été traumatisés d'une manière ou d'une autre. Or, même si le traumatisme est souvent à l'origine d'un problème de santé publique ou d'un problème social dans notre société, les prestataires de service ne font pas souvent le lien entre le traumatisme et les défis et les problèmes que leurs clients, leurs patients et leurs résidents, voire leurs collègues, présentent.

À compter du moment où le traumatisme a eu lieu, la personne peut éprouver des effets au cours de toute sa vie et jusque dans ses activités quotidiennes : son rôle parental, le travail, les activités sociales, les rendez-vous, ses relations. Il convient de noter que la majorité des personnes qui vivent un événement traumatisant ne finissent pas par développer les symptômes du trouble de stress post-traumatique. Toutefois, chez bon nombre de personnes, c'est une faible santé mentale et physique, la dépression et l'anxiété qui deviennent les problèmes les plus graves.

La personne qui a vécu un traumatisme est à risque d'être traumatisée de nouveau à chaque fois qu'elle sollicite des services sociaux et des soins de santé. Le manque de connaissances et de compréhension quant à l'impact d'un traumatisme peut entraver l'efficacité des services, des soins et des interventions. Lorsque la personne est de nouveau traumatisée, c'est un constat d'échec pour le système envers la personne concernée. Par conséquent, celle-ci peut se sentir incomprise, non soutenue et même responsable de sa situation. Cela peut aussi perpétuer un cycle néfaste qui empêche la guérison et la croissance, un cycle qui peut être prévenu grâce à des connaissances de base et à l'adoption de pratiques et d'un langage sensibles au traumatisme.

Tout le monde vit des événements traumatisants; cela fait partie de l'expérience humaine. Les accidents, les catastrophes naturelles, les guerres, les conflits de famille, l'exploitation sexuelle, la maltraitance et la négligence des enfants, et



de mauvaises conditions sociales, sont tous inéluctables. Toutefois, ses antécédents sociaux, son héritage génétique et les facteurs de protection dont elle dispose au moment de l'événement influencent la manière dont une personne fait face à ces circonstances.

Ce manuel examinera ces enjeux et permettra d'identifier la manière dont les soins de santé et les services sociaux peuvent bénéficier des approches sensibles au traumatisme, établir des politiques et encourager l'interaction avec les clients afin de favoriser la guérison et la croissance.



Contenu:

| | |
|---|----|
| Le traumatisme | 9 |
| ◆ Qui peut subir un traumatisme? | 12 |
| Les soins et les pratiques sensibles au traumatisme | 15 |
| ◆ En quoi consistent les soins et les pratiques sensibles au traumatisme? | 15 |
| ◆ Liste de contrôle pour les organismes | 22 |
| ◆ Politiques et procédures | 24 |
| ◆ Suivi et évaluation | 29 |
| Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) | 30 |
| ◆ Trois éléments du TSPT | 31 |
| ◆ Le continuum des traumatismes | 33 |
| Types de traumatismes | 36 |
| ◆ Le traumatisme interpersonnel et le traumatisme externe | 36 |
| ◆ Le traumatisme développemental : la maltraitance des enfants | 38 |
| ◆ L'expérience vécue par les immigrants et les réfugiés | 40 |
| Traumatisme historique : L'héritage des pensionnats indiens | 45 |
| ◆ Les pensionnats indiens | 45 |
| ◆ L'impact des pensionnats indiens | 47 |
| ◆ L'espoir et la résilience | 51 |
| Enseignements culturels et pratiques de guérison | 52 |
| ◆ Les Sept enseignements sacrés | 54 |
| ◆ Le rôle de l'Aîné | 56 |
| Les effets profonds et la fréquence des traumatismes | 59 |
| Les effets du traumatisme | 65 |
| La neurobiologie du traumatisme | 70 |
| Le traumatisme à caractère sexuel | 74 |
| ◆ Les problèmes des hommes ayant subi l'abus sexuel pendant l'enfance | 77 |
| ◆ Les effets de l'abus sexuel | 81 |



| | |
|--|-----|
| Troubles coexistants: La toxicomanie et le traumatisme | 85 |
| Le rétablissement après un traumatisme | 89 |
| ◆ Les aspects importants du rétablissement après un traumatisme | 90 |
| ◆ D'autres aspects du rétablissement après un traumatisme | 93 |
| La résilience des personnes ayant subi un traumatisme | 95 |
| Les prestataires de service | |
| ◆ Les qualités essentielles pour travailler auprès de personnes traumatisées | 98 |
| Autocompassion | 104 |
| Directives pour travailler auprès de personnes ayant vécu un traumatisme | |
| ◆ La perspective fondée sur les forces | 108 |
| ◆ La croissance post-traumatique | 108 |
| ◆ Comment parler aux personnes ayant vécu un traumatisme | 110 |
| ◆ Quelques points importants | 110 |
| ◆ Le langage et les suppositions | 111 |
| ◆ Poser des questions concernant un traumatisme | 113 |
| Les effets ressentis par les prestataires de service : Les signes d'un traumatisme secondaire | |
| ◆ Terminologie | 122 |
| ◆ 16 signes du traumatisme secondaire | 124 |
| ◆ Les facteurs de risque | 124 |
| ◆ Maîtriser le traumatisme secondaire | 125 |
| ◆ Les responsabilités de l'organisme et du milieu de travail | 126 |
| ◆ Le b.a.-ba pour aborder le problème du traumatisme indirect | 128 |
| Ressources | |
| ◆ Ressources communautaires et provinciales | 129 |
| ◆ Formation pour prestataires de service | 129 |
| ◆ Sites Web et livres recommandés | 131 |
| ◆ Appendix | 134 |
| ◆ Bibliographie | 141 |
| Notes | 149 |



Le traumatisme

Un événement traumatisant peut consister en une seule expérience, une expérience répétée ou des expériences multiples qui accablent la personne concernée à un point tel qu'elle ne peut ni traiter ni intégrer les idées et les émotions provoquées par l'expérience.

Des études récentes révèlent qu'un traumatisme psychique émotionnel peut résulter d'un événement courant tel qu'un accident de la route, une perte d'emploi inattendue, une rupture amoureuse, une situation humiliante ou très décevante, le diagnostic d'une maladie grave ou d'un état invalidant, ou d'autres situations semblables.

Un événement traumatisant peut avoir des conséquences néfastes sur les émotions de toutes les personnes touchées, même si l'événement n'a causé aucune blessure physique. L'événement peut avoir un effet profond sur l'identité de la personne concernée, entraînant jusqu'à des effets négatifs sur l'esprit, le corps et l'âme.

Quelle qu'en soit l'origine, le traumatisme comporte trois éléments:

- Il était imprévu.
- La personne était prise au dépourvu.
- La personne n'aurait pas pu empêcher que l'événement se produise.

En termes simples, la personne ne peut exercer la moindre influence sur un événement traumatisant.

Ce n'est pas l'événement en soi qui est traumatisant, mais plutôt la réaction de la personne face à l'événement et le sens qu'elle lui donne. Les personnes qui obtiennent un soutien après l'événement (de leur famille, leurs amis, leurs



“ Un traumatisme consiste en une expérience incontrôlable et effrayante qui nous laisse l’impression d’être sans ressource, sans sécurité, sans mesures d’adaptation ou sans amour.”

Tara Brach, 2011



guides spirituels, etc.) et qui ont l'occasion d'en parler et d'assimiler l'événement traumatisant arrivent souvent à intégrer l'expérience à leur vie, comme toute autre expérience.

Suite à un événement traumatisant, on éprouve souvent de la honte en raison du sentiment d'impuissance qu'il produit. Par conséquent, la personne garde l'expérience secrète et, ce faisant, intègre davantage le sentiment de honte. Par la suite, la personne développe une grande peur de la honte et apprend à l'éviter. C'est à ce moment que la personne peut commencer à adopter des comportements d'adaptation négatifs et les maintenir parfois jusqu'au moment où elle décide de faire face aux émotions difficiles liées à l'expérience traumatisante.

L'effet ne disparaît pas tout simplement après que l'événement s'est produit. Au lieu, un événement traumatisant devient une expérience profonde qui peut influencer le regard que la personne porte sur elle-même, sur les autres et sur le monde.

Puisque l'expérience traumatisante a été si terrible, il est normal que la personne concernée veuille l'effacer de sa mémoire et éviter toute chose pouvant la lui rappeler. C'est sa façon de survivre. Toutefois, ces mécanismes de survie peuvent entraîner des conséquences, dont l'impossibilité d'intégrer l'expérience traumatisante à sa vie, ce qui en fait l'unique expérience de sa vie au lieu d'une expérience parmi toutes les autres. Le traumatisme devient le principe organisateur autour duquel la personne vit sa vie : toujours essayer de vivre avec l'effet du traumatisme ou de l'éviter. Cela peut se passer au niveau conscient comme au niveau inconscient. Si la personne ne peut pas assimiler le traumatisme, l'événement demeure toujours présent dans sa vie; elle a l'impression que le traumatisme a eu lieu hier, alors qu'il a pu avoir lieu plusieurs mois ou années auparavant.



Qui peut subir un traumatisme?

N'importe qui peut subir un traumatisme, personne n'en est à l'abri. Des personnes de partout dans le monde et de tous les horizons vivent des traumatismes. De nombreuses études telles que la Adverse Childhood Experiences Study (étude sur les expériences négatives vécues pendant l'enfance), menée par Vincent Felitti, MD et Robert Anda, MD (www.cdc.gov/ace/prevalence.htm, en anglais seulement), laissent entendre qu'au moins 75 % de la population a vécu au moins une expérience traumatisante dans la vie.

Des personnes de tous les âges, de toutes les conditions socio-économiques, les cultures, les religions et les orientations sexuelles (y compris les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et bispirituelles*) peuvent être profondément marquées. [Le terme " bispirituel " est un terme employé chez les Autochtones pour désigner une personne qui a en même temps un esprit masculin et un esprit féminin.]

La famille peut être traumatisée par un événement vécu par un ou plusieurs de ses membres. L'événement traumatisant peut même affecter les personnes qui ne l'ont pas vécu directement, surtout si elles ont une relation proche avec la personne concernée.

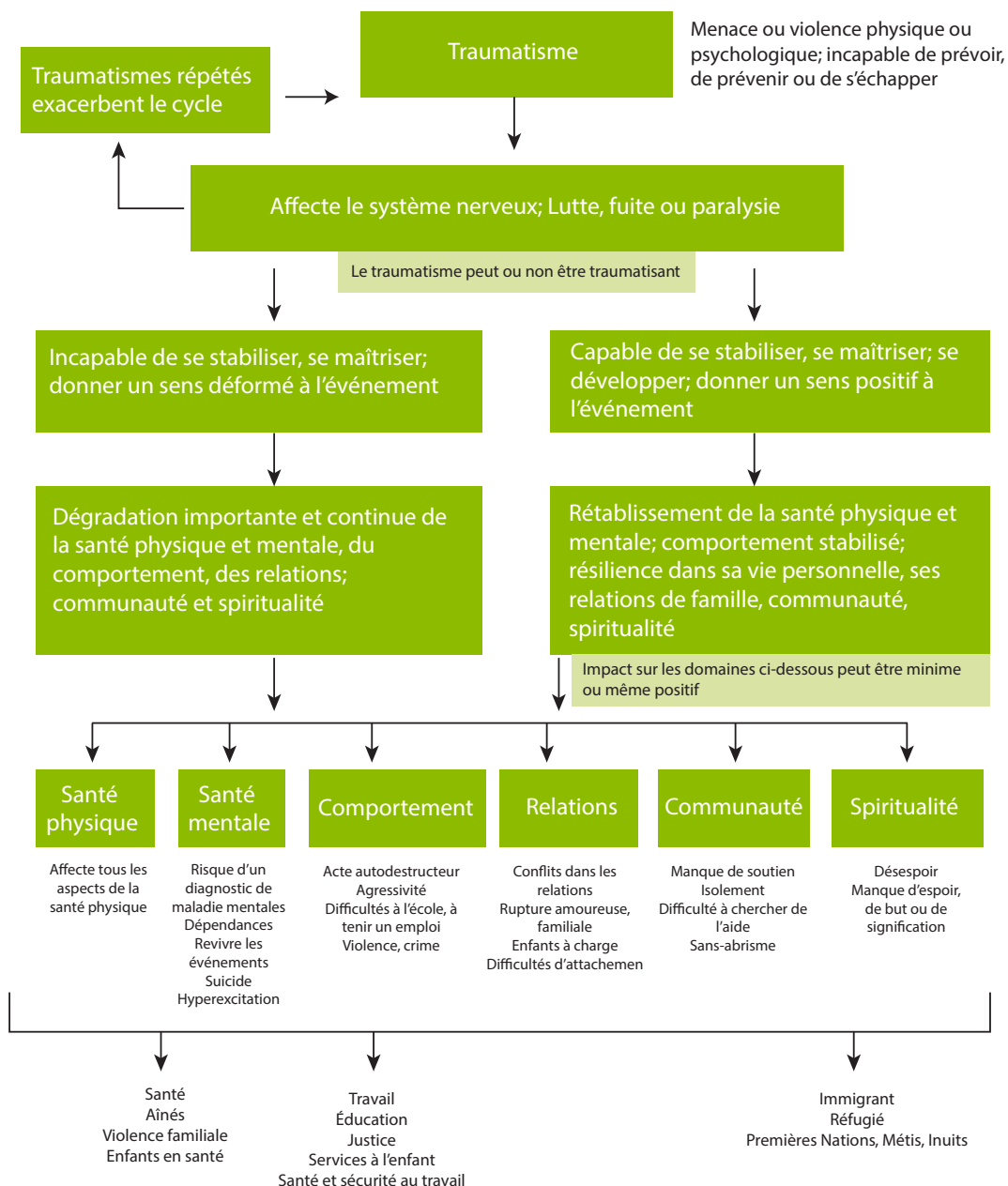
Une communauté peut vivre un traumatisme lorsqu'un événement touche un de ses membres.

Une culture peut être traumatisée par le dénigrement et les tentatives d'assimilation à répétition et le génocide. Les communautés des Premières Nations en Amérique du Nord continuent de vivre les effets du traumatisme intergénérationnel de la colonisation et des pensionnats indiens. La culture nord-américaine s'est organisée autour de la peur et la terreur suite à l'événement traumatisant 9/11. Par ailleurs, d'autres pays, dont le Soudan, le Rwanda, la Syrie et le Cambodge, ont vécu des expériences traumatisantes qui ont influencé leur culture.



Les prestataires de service peuvent eux aussi vivre un traumatisme après avoir entendu les récits et été témoins de la souffrance de personnes traumatisées. Ce traumatisme, appelé " traumatisme indirect " ou " traumatisme secondaire ", se produit lorsqu'un prestataire est continuellement confronté à des propos de traumatismes.

Les organismes et les entreprises peuvent subir des répercussions négatives lorsqu'ils traversent des périodes de changements majeurs ou qu'ils font l'objet d'un contrôle externe (p. ex., la réduction des effectifs, la restructuration, les enquêtes). Les employés peuvent devenir traumatisés par inadvertance par le processus ou les événements peuvent déclencher les propres antécédents de traumatisme des employés si le processus n'est pas abordé avec sensibilité et compassion.





Les soins et les pratiques sensibles au traumatisme

En quoi consistent les soins et les pratiques sensibles au traumatisme?

Quel que soit leur mandat, tous les systèmes et organismes sont touchés par le traumatisme. Par conséquent, il peut leur être bénéfique de comprendre les traumatismes. Les organismes de services sont confrontés aux signes et aux symptômes de traumatisme à chaque jour et pourtant, il arrive souvent qu'ils ne les voient pas. Le traumatisme " s'occulte " au vu de tous. Tous les systèmes et les organismes ont le potentiel de traumatiser de nouveau les personnes ayant déjà vécu un traumatisme et de nuire à leur rétablissement et à leur guérison.

Les personnes traumatisées par une relation violente finissent souvent par obtenir des services dans le cadre desquels sont reproduits le pouvoir et le contrôle qu'elles vivaient au sein de la relation.

Les services sensibles au traumatisme ne doivent pas s'orienter sur le traitement de symptômes ou de syndromes liés au traumatisme. Ils doivent plutôt, quelle que soit la mission principale - soins primaires, santé mentale, services de lutte contre les dépendances, logement, etc. -, s'engager à prodiguer des services d'une manière chaleureuse et qui répond aux besoins particuliers des personnes traumatisées (Harris & Fallot, 2001).

"Bien qu'un traumatisme puisse occuper une place prépondérante dans les difficultés de la personne concernée et que la prise de conscience soit fondamentale dans son rétablissement, le traumatisme est rarement identifié ou abordé dans les contextes de la santé mentale et des services sociaux" (Harris & Fallot, 2001)



“Les symptômes qui représentent souvent une adaptation créative et nécessaire pour surmonter les effets du traumatisme ne sont reconnus comme étant associés au traumatisme antérieur ni par les personnes concernées ni par les cliniciens.” (Harris & Fallot, 2001)

Afin que le processus de guérison soit réussi, il est essentiel de prendre conscience des effets du traumatisme sur la personne concernée. Par conséquent, un travail axé sur le traumatisme favorise la guérison et influence la qualité des services fournis.

Dans le cadre d’un modèle fondé sur le traumatisme, au lieu de considérer les clients ou les patients comme étant “malades,” résistant au traitement ou refusant de coopérer, on les considère comme étant “blessés.” Lorsqu’on voit le traumatisme comme une blessure, le discours change : au lieu de demander “Qu’est-ce que vous avez?” on demande “Qu’est-ce qui vous est arrivé?”

Les systèmes et les organismes sensibles au traumatisme peuvent répondre aux besoins de tous s’ils ont une compréhension de base sur les effets psychologiques, neurologiques, biologiques, sociaux et spirituels que peuvent avoir le traumatisme et la violence sur les personnes à la recherche d’aide. Dans le cadre des services sensibles au traumatisme, on reconnaît qu’une relation authentique et compatissante est au cœur de tout service fourni.

Un prestataire de service, un système ou un organisme sensible au traumatisme:

- Comprend l’effet généralisé du traumatisme et les voies éventuelles pour la guérison;
- Reconnaît les signes et les symptômes du traumatisme chez les membres du personnel, les clients, les patients, les résidents et d’autres personnes dans le système
- Répond aux besoins en intégrant pleinement les connaissances en matière de traumatisme aux politiques, procédures, pratiques et contextes



Voici les principes fondamentaux d'une approche sensible au traumatisme:

- Reconnaître que le traumatisme est omniprésent
- Sécurité
- Confiance
- Choix et maîtrise
- Compassion
- Collaboration
- Approche fondée sur les forces

Lorsqu'un système ou un organisme s'engage à intégrer ces principes à tous les niveaux, il doit prendre en considération ce qui suit:

- Le pouvoir et le contrôle : Cette approche sert les besoins de qui? Les politiques reflètent-elles les besoins de la personne que l'on sert ou ceux du prestataire de service (p. ex., Met-on l'accent sur le contrôle plutôt que le confort de la personne servie?)
- Travailler en collaboration avec la personne, et non exercer un contrôle sur elle
- Expliquer le quoi, le pourquoi et le comment
- Offrir des choix concrets
- Faire preuve de flexibilité
- Comprendre les réactions de lutte, de fuite et de paralysie et pouvoir les identifier
- Mettre l'accent sur les forces, pas les faiblesses
- Examiner les problèmes de rapports de force au sein de l'organisme et favoriser les principes démocratiques.
(Poole, 2013)

La Dre Sandra Bloom M.D. (auteure de The Sanctuary Model - www.sanctuaryweb.com - en anglais seulement) a identifié les sept engagements suivants pris par les organismes sensibles au traumatisme:

- Non-violence : aider à bâtir des compétences en matière



de sécurité et à favoriser un engagement envers un objectif plus noble

- Intelligence émotionnelle : aider à enseigner les aptitudes pour la gestion des émotions
- Apprentissage social : aider à bâtir les capacités cognitives
- Communication ouverte : aider à surmonter les obstacles qui empêchent une communication saine; apprendre à gérer les conflits; diminuer l'agressivité; améliorer les aptitudes en matière d'autoprotection e d'autocorrection; établir des limites saines
- Responsabilité sociale : aider à bâtir des compétences sociales; établir des relations saines; développer un sens de franc-jeu et de justice
- Démocratie : aider à créer des aptitudes civiques relatives à la maîtrise de soi, l'autodiscipline et l'administration d'une autorité saine
- Croissance et changement : aider à traverser la période d'adaptation suite à la perte et se préparer pour l'avenir

Un organisme sensible au traumatisme accorde aussi la priorité à l'apprentissage des aptitudes suivantes aux clients, aux patients, aux résidents et au personnel:

- Apaisement de soi
- Confiance en soi
- Autocompassion
- Maîtrise de soi
- Établissement des limites
- Communication de ses besoins et de ses désirs
- Perception juste des autres



De nouvelles normes en matière de pratiques de travail auprès de personnes traumatisées sont enracinées dans les domaines suivants:

- Bâtir des relations fondées sur le respect, la confiance et la sécurité.
- Adopter une perspective fondée sur les forces.
- Formuler les questions et les énoncés avec empathie, sans jugement.
- Présenter les comportements d'adaptation du client comme étant des façons de survivre et explorer des moyens différents de s'adapter afin de favoriser le rétablissement.
- Croire et valider les propos du client car ceux-ci influenceront les soins (Havig, 2008).
- Aider le client à maîtriser les émotions difficiles avant de se concentrer sur le rétablissement.
- Reconnaître que ce qu'a subi le client est mauvais, mais que le client n'est pas une mauvaise personne.
- Reconnaître que le client n'avait pas les moyens de contrôler la situation; lui faire comprendre que le comportement qu'il a choisi pour l'aider à survivre aux expériences traumatisantes lui a permis de résister à ce qui lui arrivait et de dire non, même si la personne n'a pas cessé d'être violente.
- Répondre de façon adaptée et éclairée aux inquiétudes que le client pourrait avoir concernant les services fournis et ensuite s'inspirer de ces renseignements pour mieux orienter la prestation de services.
- Guetter et essayer de diminuer les éléments déclencheurs et les réactions au traumatisme.

Au moment de donner ou de recevoir de l'information, il est important de:

- Poser des questions sur les antécédents de traumatisme et faciliter une discussion compréhensive avec le client



tout en se concentrant sur le moment présent;

- Veiller à ce que le client soit à l'aise dans le cadre de la conversation et sache qu'il n'est pas obligé de répondre aux questions ou de donner des détails;
- Vérifier auprès du client qu'il se sent libre de s'exprimer et qu'il ne se sent pas dépassé par la discussion sur le traumatisme;
- Allouer du temps au client pour poser des questions ou exprimer ses inquiétudes;
- Prendre des notes pour les clients qui peuvent se dissocier pendant les entretiens;
- Fournir une évaluation de risque de suicide s'il y a lieu et faire le suivi avec le client une fois le risque passé;
- Demander au client s'il a des antécédents de traumatisme, ou s'il a déjà eu ou s'il a lui-même un comportement violent.

Afin de créer un climat d'espoir et de résilience, il est important de:

- Reconnaître la capacité du client de survivre et même de surmonter l'adversité;
- Reconnaître la force du client pour arriver où il en est aujourd'hui;
- Faire référence au client en tant que " quelqu'un qui a vécu un traumatisme " et qui ne se résume pas à ce qui lui est arrivé. Se concentrer sur la guérison et le rétablissement comme étant un objectif possible;
- Dépasser le stade de survie pour arriver au processus de guérison et permettre au client de choisir sa propre voie de guérison;
- Faire savoir au client que vous croyez en lui et que vous soutenez ses efforts vers la guérison.

Au moment de proposer des choix, il est important de:

- Faire participer le client à la prise de décision concernant les options de traitement ou de service;



- S'informer sur les services de psychothérapie antérieurs et proposer des recommandations, s'il y a lieu;
- S'assurer que le client est à l'aise dans le cadre d'évaluations et de procédures invasives, et adapter les processus à la demande du client;
- Permettre au client de décider du rythme, de ralentir et de prendre des pauses au besoin;
- Continuellement informer le client du déroulement des rencontres et des évaluations des soins de santé (Havig, 2008);
- Donner au client les choix concernant les recommandations, si possible;
- Faire participer d'autres prestataires de service déjà engagés dans les soins du client.
- S'efforcer d'être sensible à la culture;
- En apprendre davantage sur la culture du client et élaborer les compétences pour travailler dans ce cadre en lui posant des questions et en comprenant de quelles manières votre propre culture peut influencer vos rapports avec le client (Elliot et al., 2005);
- Comprendre le sens que le client donne au traumatisme selon sa propre perspective culturelle;
- Comprendre le sens que le client donne à la guérison selon sa culture;
- S'ouvrir à la possibilité d'apprendre et de poser des questions sur la culture du client;
- S'ouvrir à la possibilité de recommander des services de guérison traditionnels et s'informer sur les méthodes de guérison traditionnelles des Autochtones;
- S'engager dans la communauté culturelle que l'on sert.
- Défendre les intérêts des clients dont l'anglais ou le français est la deuxième langue ou qui connaissent peu les services sociaux au Canada;



- Travailler en tenant compte de la méfiance historique : des problèmes issus du passé peuvent affecter une prestation de service efficace. Il sera plus facile de bâtir une relation solide si on comprend que cela est normal et non personnel (Brokenleg, 2008).
- Montrer les méthodes occidentales comme étant des aptitudes et non un remplacement identitaire (Brokenleg, 2008).



Liste de contrôle pour les organismes

Pour la majorité des organismes, un engagement envers les pratiques sensibles au traumatisme peut représenter un changement au niveau de la culture et des valeurs. Un engagement généralisé aux pratiques sensibles au traumatisme assure que toutes les personnes obtiendront des services sensibles à l'impact du traumatisme. Chaque organisme devrait avoir une politique clairement écrite qui énonce publiquement son engagement envers les services sensibles au traumatisme et qui dit clairement que l'intégration de ces pratiques est une priorité pour l'organisme.

La liste de contrôle pour les organismes décrite dans le présent manuel est inspirée de la liste élaborée par Nancy Poole, Rose Schmidt et leurs collègues au British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. La liste de contrôle incluse ici a été modifiée pour les objectifs généraux du Manuel sur les traumatismes. Cette liste consiste en un outil qu'on peut utiliser pour mettre en œuvre des pratiques sensibles au traumatisme. Elle a été élaborée pour servir de point de départ pour un système ou un organisme sensible au traumatisme.

Critères généraux pour les politiques et le mandat du programme

- Énoncé de politique clairement écrit
- Votre organisme a un énoncé de politique ou un énoncé de position qui inclut l'engagement envers des principes et des pratiques sensibles au traumatisme
- L'énoncé de politique/position identifie la relation entre le traumatisme et les programmes, et les implications pour l'accès aux services et la conception de ceux-ci
- L'énoncé de politique/position est appuyé par les cadres



Pratiques fondées sur des données

- Les services sont inspirés d'un modèle optimiste, sensible au traumatisme et fondé sur les forces et sur des données

Style général de leadership

- Les directeurs de programme et les superviseurs cliniques comprennent le travail du personnel en soins directs par rapport à la prestation de services aux personnes traumatisées
- Les cadres offrent au personnel le temps et les ressources nécessaires (p. ex., l'espace, le financement) pour qu'il puisse se concentrer sur la mise en œuvre de services sensibles au traumatisme
 - ◆ Les cadres sont conscients de l'impact du traumatisme sur les membres du personnel et du fait que bon nombre de leurs employés ont subi un traumatisme au cours de leur vie
 - ◆ Les cadres favorisent les principes démocratiques

Collaboration

- La collaboration et le partage des décisions sont une partie importante du style de leadership. La collaboration tient compte des consommateurs dans l'élaboration des approches sensibles au traumatisme
- Les clients/patients/résidents (C/P/R) et le personnel sont invités à offrir des suggestions, des commentaires et des idées, et le processus est structuré et transparent.

Point de responsabilité

- Il y a un point de responsabilité très clair pour la mise en œuvre des services sensibles au traumatisme. Il peut s'agir d'une initiative, d'un comité ou d'un groupe de travail qui inclurait des consommateurs et qui serait entièrement appuyé par l'administration



Politiques et procédures

La description du poste et l'entretien d'embauche

- La description du poste doit inclure les connaissances, les compétences et les capacités de travailler auprès de personnes traumatisées
- L'entretien d'embauche doit inclure du contenu sur le traumatisme et des questions relatives aux connaissances et aux compétences liées aux pratiques sensibles au traumatisme

Une formation pour favoriser une sensibilisation générale

- L'ensemble du personnel de tous rangs reçoit une formation de base et une formation continue (selon le cas) qui approfondira leur compréhension du traumatisme, y compris une compréhension de base de l'impact psychologique, neurologique, biologique, relationnel et spirituel du traumatisme sur la personne concernée
- Le personnel est dégagé de ses obligations pour assister à la formation

Le personnel reçoit une formation sur les sujets suivants:

- Les liens entre la santé mentale, la toxicomanie et le traumatisme (et les troubles coexistants)
- Le savoir-faire culturel, notamment les différentes pratiques culturelles, les croyances, les rituels, les réponses culturelles face au traumatisme, et l'importance de lier la sécurité culturelle aux pratiques sensibles au traumatisme
- L'influence du sexe sur les différents traumatismes vécus et les réponses individuelles et systémiques face au traumatisme



- La communication et les aptitudes relationnelles, y compris l'établissement des limites en évitant la confrontation, le langage " la personne d'abord " (p. ex., les personnes sans abri, la reformulation, les compétences, etc.)
- Minimiser l'incidence de nouveaux traumatismes, notamment au moyen de la formulation psychopédagogique, de mécanismes d'adaptation, d'une optique de sécurité culturelle, de stratégies de baisse de tension, de techniques de détente et de modulation des émotions
- Le traumatisme indirect, comment il se manifeste et les façons de minimiser ses effets, y compris prendre soin de soi, la résilience et les limites personnelles ou professionnelles
 - ◆ Comprendre et reconnaître les réactions de lutte, de fuite et de paralysie
 - ◆ Apprendre l'apaisement de soi et l'autocompassion de différentes façons (p. ex., la réduction du stress par la pleine conscience ou d'autres pratiques de pleine conscience)
 - ◆ Comprendre et apprécier le lien esprit/corps/âme
 - ◆ Prévention du suicide

Le personnel reçoit une formation qui favorise:

- La sensibilisation aux services de traitement des traumatismes dans le système de santé mentale
- La sensibilisation aux services spécialisés à l'extérieur des systèmes de santé mentale et de lutte contre les dépendances qui aident les personnes traumatisées, tels que les services de lutte contre la violence, les services destinés aux réfugiés et aux victimes de torture, les services destinés aux anciens combattants, les services destinés aux LGBTTOI*, les services de guérison destinés aux Autochtones, et les groupes d'entraide liés au sexe



Supervision

- Tous les membres du personnel qui travaillent auprès de personnes ayant vécu un traumatisme sont supervisés par une personne formée pour comprendre le traumatisme dans un cadre structuré qui epose sur les forces.

Réunions du personnel

- Des réunions régulières offrent l'occasion de partager les connaissances sur le traitement des traumatismes
- Le personnel est invité à discuter des questions éthiques liées à l'établissement des limites personnelles et professionnelles

Peer Support

- L'occasion d'offrir un soutien et de la consultation aux pairs est toujours fournie

Soutien par les pairs

- Une supervision régulière a partiellement pour objectif d'aider les membres du personnel à comprendre leurs propres réactions face au stress
- On encourage les membres du personnel à prendre soin d'eux-mêmes; les questions relatives à la sécurité et aux soins de soi sont abordées lors des réunions du personnel
- L'organisme demande régulièrement leurs commentaires aux membres du personnel quant à leur sécurité, et/ou évalue la sécurité du personnel au moyen d'autres mécanismes, et apporte des améliorations s'il y a lieu
- L'organisme fournit un soutien approprié aux membres du personnel qui ont vécu un traumatisme indirect
- L'organisme favorise la sécurité psychologique dans le milieu de travail pour tous les membres du personnel et les bénévoles



Dépistage systématique

- La politique sur l'accueil énonce clairement l'objectif du dépistage des antécédents de traumatisme et comment il sera utilisé pour contribuer à la planification des services pour tous les consommateurs, peu importe " par quelle porte " ils ont accédé au système
- Le processus de dépistage et d'évaluation est discuté en détail avec le C/P/R; tout au long du processus, l'accent est mis sur le choix et le contrôle du C/P/R quant à l'information divulguée.
- Le potentiel pour un nouveau traumatisme pendant le processus de dépistage et d'évaluation est formellement reconnu par l'organisme et des politiques sont mises en place pour minimiser le risque d'un nouveau traumatisme
- Le protocole de dépistage et d'évaluation est éclairé par des données théoriques et pratiques récentes relatives à la sensibilité au traumatisme

Endroit pour l'évaluation d'accueil

- L'accueil est effectué dans un endroit confidentiel
- Des interprètes appropriés sont fournis s'il y a lieu (p. ex., pas un membre de la famille, ni un interprète sans formation sur les traumatismes)

Suivi

- Le suivi au dépistage (s'il y a lieu) consiste à offrir au consommateur la possibilité de se conscientiser aux façons dont le traumatisme est lié à la santé mentale et à la dépendance, d'apprendre des aptitudes d'adaptation et de raconter son récit de traumatisme à son propre rythme
- Le consommateur a accès aux différentes formes de soutien déjà en place après l'évaluation s'il a discuté de ses antécédents de traumatisme



Critères pour les politiques et procédures

Dans l'ensemble

Votre organisme veille à ce que tous les protocoles et politiques actuels ne nuisent pas aux clients, soient exercés dans le respect et favorisent la sécurité, la confiance et la flexibilité

Le choix du consommateur

- Le C/P/R a le choix complet des services qu'il reçoit et il a le droit de prendre les décisions relatives à sa participation et au rythme des services
- Le C/P/R est invité à faire des choix éclairés à partir de documents éducationnels et de la discussion portant sur les services disponibles, ainsi que les avantages, les limites et les objectifs de chacun de ces services

La participation de la personne ayant vécu un traumatisme

- La personne qui a vécu un traumatisme participe à la création et à l'évaluation des politiques et protocoles
- Le C/P/R peut suggérer des améliorations de façon confidentielle et anonyme et/ou publique afin de se faire reconnaître

Savoir-faire culturel

- Toutes les politiques doivent être rédigées en tenant compte de la culture, du sexe, de l'ethnicité, de l'orientation sexuelle et de la capacité physique du C/P/R

Confidentialité

- Tous les membres du personnel et les consommateurs connaissent le processus de consentement éclairé, notamment l'étendue et les limites de la confidentialité, les éléments inclus dans les dossiers et l'endroit d'entreposage des dossiers

Un milieu de travail sain et sécuritaire sur le plan psychologique est défini comme suit : " un milieu de travail qui favorise le bien-être psychologique des employés et qui s'efforce d'empêcher de nuire à la santé psychologique des employés, notamment de façon négligente, insouciant et intentionnelle. "

www.workplacestrategiesformentalhealth.com



- Des processus établis sont en place pour soutenir la sensibilisation et la compréhension du consommateur relativement au consentement éclairé

Planification des mesures de sécurité et d'urgence

- Chaque C/P/R a un plan de sécurité personnalisé qui s'intègre aux activités des programmes. À inclure dans le plan : une liste des facteurs de stress, des stratégies spécifiques pratiques, des stratégies spécifiques non pratiques, une stratégie pour faire face aux idées de suicide et une liste de personnes avec qui le C/P/R se sent en sécurité
- Une politique sur le service est mise en place pour expliquer comment un plan de sécurité personnalisé est utilisé dans une situation de crise. Cette politique doit être révisée de temps à autre

Éviter un nouveau traumatisme

- Des politiques et procédures sont mises en place dans le but de minimiser le risque d'un nouveau traumatisme

Programme de soutien dans un climat affectif sûr

- Les droits du C/P/R sont affichés dans des endroits visibles
- Le programme évite de recourir à des méthodes coercitives éventuelles dans le cadre du traitement (p. ex., médication involontaire, isolement, moyens de contention)

Environnement physique

- L'endroit où a lieu le programme est sécuritaire (p. ex., le terrain de stationnement et les trottoirs sont bien illuminés, les indications pour se rendre à l'endroit sont claires)
- L'environnement physique tient compte du sentiment de sécurité (p. ex., apaisant et confortable)



Recommandations

- Selon les évaluations initiales, on recommandera au C/P/R des services de traitement des traumatismes accessibles et abordables, s'il y a lieu
- Le C/P/R participe à la prise de décision quant à toute recommandation vers des programmes externes, le cas échéant; on l'informe sur ce à quoi il peut s'attendre de l'organisme recommandé
- Le C/P/R est soutenu pendant la période de transition vers les services externes

Critères de suivi et d'évaluation

Suivi

- Les renseignements sur les expériences traumatisantes du C/P/R sont recueillis et utilisés pour éclairer la planification du service

Évaluation

- L'évaluation des politiques et pratiques sensibles au traumatisme est effectuée dans le cadre du processus normal de révision et de planification et ces renseignements servent à éclairer et adapter la pratique



Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) : Les conséquences du traumatisme

Chaque personne réagit au traumatisme selon ses propres moyens d'adaptation et les systèmes de soutien disponibles. Des études sur l'impact d'un traumatisme sur diverses populations indiquent que la grande majorité des personnes qui ne sont pas immédiatement ou personnellement touchées par une tragédie ne souffrent pas de difficultés durables. La majorité d'entre elles qui ont été témoins ou victimes d'un événement catastrophique peuvent, à long terme, trouver des façons de mener une vie normale sans que leur capacité d'aimer, de faire confiance et d'avoir de l'espoir pour l'avenir soit entamée.

Une personne peut développer le TSPT par nécessité lorsqu'elle réagit et survit à un événement traumatisant en le bloquant de son esprit au moment où le traumatisme a lieu et après. Ce faisant, l'expérience dicte la façon dont la personne concernée organise sa vie et fait qu'elle perçoit les événements stressants ultérieurs sous la lumière du traumatisme antérieur. Lorsque la personne se focalise sur le passé de cette manière, sa vie est graduellement privée de sens et de plaisir.

On décrivait déjà les symptômes du TSPT en Grèce antique. Toutefois, il a fallu attendre 1980 pour classer l'ensemble des symptômes parmi les maladies mentales suite à la souffrance d'anciens combattants de la guerre du Vietnam et les intégrer dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'Association américaine de psychiatrie.

La gravité de l'impact du traumatisme dépend de l'âge et du développement de la personne, ainsi que de la source du traumatisme (p. ex., si le traumatisme était relationnel et commis par un proche ou une personne à l'extérieur de la famille, une catastrophe naturelle, une guerre, etc.).



Trois éléments du TSPT

Un diagnostic de TSPT repose normalement sur trois éléments:

- 1** **Revivre de façon répétée** les souvenirs de l'expérience traumatisante au moyen d'images, d'odeurs, de sons et de sensations physiques. Ces souvenirs sont souvent accompagnés par un état physiologique extrême ainsi qu'un stress psychologique qui pourrait se caractériser par des tremblements, des larmes, la peur, la rage, la confusion ou une paralysie; tous ces états peuvent mener à un sentiment de culpabilité.
- 2** **Éviter** tout ce qui rappelle le traumatisme, mettre en veilleuse ses émotions, se détacher. Ces réactions sont liées à l'incapacité d'éprouver du plaisir et à un retrait général de la vie.
- 3** Un schéma **d'éveil mental accru**, caractérisé par l'hypervigilance, l'irritabilité, des problèmes de mémoire et de concentration, des troubles du sommeil et une réaction de sursaut exagérée. L'hyperexcitation fait que la personne traumatisée est facilement stressée par des irritations mineures. Leurs perceptions confondent le présent et le passé traumatisant à un point tel que la personne traumatisée réagit face à des frustrations ordinaires comme si elles étaient des événements traumatisants.

Au cœur du TSPT est le fait que certaines sensations ou émotions liées à l'expérience traumatisante sont dissociées, qu'elles refont toujours surface et qu'elles ne disparaissent pas avec le temps. La personne qui souffre du TSPT ne semble pas pouvoir laisser l'événement derrière elle et en minimiser l'impact. Elle ne comprend peut-être pas que ses émotions intenses sont en rapport avec le passé; par conséquent, elle peut reprocher à son environnement actuel ses sentiments.



Sur le continuum des traumatismes, l'impact traumatisant du TSPT peut se situer du niveau faible à modéré, ou du niveau élevé ou TSPT complexe, auquel s'ajoutent d'autres symptômes liés à un traumatisme chronique grave vécu pendant l'enfance (p. ex., abus sexuels, violence physique, pensionnats indiens).

En général, plus le traumatisme a été prolongé et plus il a été caractérisé par une nature interpersonnelle, plus les effets ressentis seront importants.

Continuum des traumatismes

Il peut être utile de considérer l'expérience traumatisante et son impact comme étant sur un continuum.

L'événement traumatisant

Un seul événement-violence familiale prolongée-colonisation-événement historique-guerre

Un seul événement:

- Une seule expérience
- Un événement qui a un début et une fin (p. ex., accident de la route, chirurgie)

Violence familiale prolongée:

- Violence physique, violence psychologique et abus sexuels
- Négligence
- Témoin de violence à la maison

Colonisation/événement historique:

- Dissocier certaines cultures des familles, des relations, des pratiques culturelles
- Pensionnats indiens



- Holocauste
- Épuration ethnique
- Rafle des années soixante (60's Scoop)

Guerre:

- Exposition à la violence constante attribuée aux adversaires dans un conflit armé, au viol systématique, aux arrestations arbitraires, à la pénurie de nécessités et aux exécutions.

Impact du traumatisme

Stress - stress traumatique - TSPT - TSPT tardif - TSPT complexe/de développement

Stress traumatique:

- Une première réaction au stress par laquelle le corps se régule lui-même assez vite après la survenue de l'événement

TSPT:

- Revivre les souvenirs
- Évitement des rappels
- Hyperexcitation
- Symptômes continus
- L'événement devient le principe organisateur autour de la vie de la personne

TSPT tardif:

- Symptômes du TSPT
- Se produit à un moment donné suite à l'événement (semaines, mois, voire années plus tard)
- Peut susciter la peur et la confusion parce que le lien



entre les symptômes et l'événement traumatisant n'est peut-être pas clair

TSPT complexe/de développement:

- Symptômes très graves
- Le traumatisme a été vécu à un stade précoce du développement
- Le traumatisme était chronique
- Effets sur le développement du cerveau
- Effets sur la capacité d'attachement
- Une personne proche de celui ou celle qui a subi le traumatisme a été impliquée dans le traumatisme (p. ex., parent, fournisseur de soins, une personne ayant un lien d'autorité)
- Profondément perturbateur
- Effets sur toutes les relations de la personne concernée

Chez les personnes ayant vécu moins d'expériences traumatisantes et qui ont pu prendre des mesures pour assimiler l'impact au moment de la survenue de l'événement ou peu après, l'impact se situera plus près du bas de l'échelle du continuum. À mesure que la fréquence et la durée des événements traumatisants augmentent, l'impact et les symptômes négatifs augmentent eux aussi. Si un enfant vit un traumatisme et que son fournisseur de soins s'en occupe peu après la survenue de l'événement, il est moins probable que l'enfant développe un TSPT

Le TSPT complexe se situe plus haut sur l'échelle du continuum et est caractérisé par des antécédents de traumatisme grave et prolongé qui comprend habituellement l'exposition à des fournisseurs de soins qui ont été cruels, ont fait preuve d'inconstance, ont exploité la personne, ont été peu sensibles ou violents. Les personnes traumatisées sont aux prises avec des comportements destructifs tels que l'automutilation, la toxicomanie et des comportements suicidaires.



Types de traumatismes

Le traumatisme interpersonnel et le traumatisme externe

Traumatisme interpersonnel:

- Violence pendant l'enfance : sexuelle, physique, négligence, psychologique, témoigner de violence familiale
- Agression sexuelle : tout contact sexuel non désiré
- Traumatisme historique : colonisation, pensionnats indiens dans le contexte duquel les enfants ont été enlevés de force de leurs foyers, destruction de la culture et de la langue
- Violence familiale : physique, sexuelle, financière, spirituelle, culturelle, psychologique
- Décès d'un être cher par homicide
- Torture et séquestration
- Violence à l'égard des aînés : physique, sexuelle, financière, spirituelle, culturelle, psychologique

Traumatisme externe:

- Guerre : combat, assassinat, peur de se faire assassiner, témoin de la mort et de la souffrance extrême, démembrement
- Victime d'un crime (qui peut aussi avoir un caractère interpersonnel)
- Décès soudain d'un être cher
- Décès d'un être cher par suicide
- Décès d'un être cher par homicide
- Perte soudaine et inattendue d'un emploi, de son logement, d'une relation
- Extrême pauvreté



- Catastrophes naturelles
- Accidents : voiture, avion, etc

Traumatisme développemental:

- Violence et négligence pendant l'enfance
- Témoin de violence à la maison

Il est important de comprendre que bien qu'une expérience traumatisante puisse perturber le sens de l'attachement à tout moment, cela ne va pas de soi. L'enfant peut vivre un traumatisme, mais quand même avoir des liens forts avec les autres; par conséquent, le sens de l'attachement chez l'enfant n'a pas été affaibli.

Un traumatisme développemental peut consister en des abus sexuels, de la violence physique et psychologique, en la négligence (être privé d'amour, d'affection et des nécessités de la vie), et à être témoin de violence à la maison. Ces expériences se produisent pendant les premières années de développement, l'enfance et l'adolescence et sont commises par des adultes de confiance, des fournisseurs de soins et/ou des personnes plus âgées que l'enfant

Puisque l'enfant dépend entièrement des adultes pour subsister, le traumatisme qui se produit à cette étape de vie affecte profondément l'identité de la personne et contribue à former les croyances sur soi-même et le monde. Le développement est gravement compromis et des défis peuvent se présenter tout au long de la vie.

Pour obtenir plus de renseignements relatifs à l'impact du traumatisme développemental, consultez le site Web suivant:

www.dhs.vic.gov.au/for-service-providers/children,-youth-and-families/child-protection/specialist-practice-resources-for-child-protection-workers/child-development-and-trauma-specialist-practice-resource



Théories de départ

L'attachement est à la base du développement humain normal.

Tout ce qui perturbe le sens de l'attachement chez l'enfant est vécu comme un traumatisme et compromet son développement

Une expérience traumatisante vécue à n'importe quel moment perturbe le sens de l'attachement.

Si le sens de l'attachement est bouleversé, il peut perturber toutes les capacités de l'être humain; cette perturbation se manifeste différemment chez chaque personne.

Sandra L. Bloom, M.D., 2009



"Je suis venu au Canada pour vivre dans la paix. J'ai gravi l'échelle de la paix et je pensais que ce serait tout. J'ai fui des flammes, mais alors je fais face à des flammes dissimulées. C'est cela l'intégration."

Réfugié de la Somalie



L'expérience qu'ont vécu de nombreux Autochtones au Canada lorsqu'on les a obligés à fréquenter les pensionnats indiens englobe plusieurs types de traumatismes développementaux.

Pour obtenir plus de renseignements relatifs au traumatisme historique, consultez la page: 44

L'expérience vécue par les immigrants et les réfugiés

Les immigrants et les réfugiés représentent une portion importante et croissante de la population au Canada. Par conséquent, il est essentiel que les prestataires de service et les systèmes de services reconnaissent le traumatisme vécu par ces groupes de personnes en prenant connaissance des expériences subies dans leurs pays d'origine ainsi que leurs expériences relatives à l'immigration et l'installation au Canada.

Un immigrant est une personne à qui les autorités de l'immigration ont accordé le droit de résider au Canada en permanence. Il y a différentes catégories d'immigrants, selon les circonstances dans lesquelles l'immigrant est arrivé au Canada.

Selon Citoyenneté et Immigration Canada, le terme "réfugié", au sens de la Convention relative au statut des réfugiés des Nations Unies, s'applique à toute personne qui craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, et qui se trouve (a) hors du pays dont elle a la nationalité et ne peut ou ne veut se réclamer de la protection de ce pays ou y retourner en raison de ladite crainte; ou (b) qui n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle et ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner.

Les immigrants et les réfugiés peuvent vivre des expériences semblables dans leur pays d'origine et pendant le processus



d'installation dans le nouveau pays. Cependant, étant donné que les réfugiés fuient des conditions extrêmement traumatisantes, presque tous ont subi des pertes et ont pu subir de nombreuses expériences traumatisantes, y compris la torture. Leur vulnérabilité à l'isolement peut être exacerbée par la pauvreté, le deuil, l'analphabétisme, le manque d'éducation et des aptitudes langagières propres au pays d'accueil (Robertson et al., 2006).

Les immigrants (personnes sans statut de réfugié) peuvent avoir vécu les mêmes problèmes que les réfugiés et, par conséquent, les deux groupes partagent l'expérience de l'installation dans un pays étranger. Les difficultés liées au traumatisme que ces personnes ont déjà vécu peuvent être aggravées par les circonstances et les défis suivants vécus pendant le processus d'intégration:

- Ne pas comprendre les normes de la culture prédominante
- Sentir que le pays d'accueil ne comprend pas sa culture ou ne fait pas les efforts nécessaires pour la comprendre
- Faire face au racisme
- Ne pas se sentir le bienvenu
- Trouver un emploi adéquat
- Apprendre l'anglais ou le français
- Ne pas faire reconnaître sa formation
- Trouver un logement adéquat
- Disposer de peu de soutien familial
- Faire face à la bureaucratie
- Se sentir isolé
- Ne pas avoir accès à des services de garde d'enfant adéquats
- Avoir de la difficulté à inscrire ses enfants à l'école
- Éprouver le deuil pour sa famille encore dans le pays d'origine et ne pas voir sa famille pendant des années
- Avoir un niveau de vie inférieur en raison d'un revenu inférieur



- Faire face au manque d'acceptation de ses croyances et ses pratiques religieuses
- Faire face à la violence familiale constante
- Faire face aux commentaires négatifs provenant de politiciens, des médias ou lors de conversations intimes qui reflètent les opinions publiques négatives relatives aux immigrants et aux réfugiés

Ceux et celles qui ont subi la discrimination, la punition et la torture dans leur pays d'origine peuvent face à d'autres problèmes, entre autres:

- La discrimination persistante
- La méfiance face au gouvernement puisque celui-ci a pu être responsable de la maltraitance subie dans leur pays d'origine
- Des sentiments de honte
- Des sentiments de culpabilité pour avoir survécu tandis que d'autres membres de la famille ou de la communauté ont été tués
- Sentir qu'ils doivent montrer à quel point la situation était mauvaise dans leur pays d'origine afin de pouvoir rester au Canada, et la crainte liée à la déportation
- Vivre avec les conséquences physiques, psychologiques et émotionnelles du traumatisme tout en négociant les conditions de l'installation et de l'intégration
(Conseil canadien pour les réfugiés, 2002)
- Vivre avec peu ou pas d'information relative au bien-être des membres de leur famille qui vivent toujours dans des situations dangereuses
- Se demander constamment quand ils reverront leurs familles
- Vivre pendant des années sans statut de résident permanent

Toutes ces difficultés contribuent à une transition ardue vers l'intégration à la société canadienne. Le processus de transition



vers une nouvelle culture peut déclencher des traumatismes antérieurs et/ou irrésolus. En outre, les personnes traumatisées peuvent ne pas se sentir à l'aise de demander de l'aide si les prestataires de service ne comprennent pas leur culture et/ou si une demande d'aide invoque une image de faiblesse dans leur propre culture.

À titre de prestataires de service, nous pouvons aider même si nous ne comprenons pas les aspects particuliers de chaque culture représentée au Manitoba. Si nous comprenons les défis selon la perspective des personnes ayant vécu des traumatismes et que nous faisons un effort concerté pour comprendre leurs interprétations culturelles des événements traumatisants, cela pourra alors orienter notre travail auprès de ces personnes. C'est leur façon d'interpréter le traumatisme qui est important et qui nous aide à mieux comprendre l'impact actuel du traumatisme et la manière dont nous pouvons aider.

En résumé, les prestataires de service qui travaillent auprès de personnes traumatisées ont la responsabilité de prendre conscience des nombreux défis auxquels font face les immigrants et les réfugiés au moment de vouloir s'intégrer à la société canadienne. En outre, il est important d'être conscient des pratiques culturelles qui pourraient jouer un grand rôle dans le rétablissement. Faire preuve de ces connaissances et d'une volonté d'apprendre permettra de former une relation solide qui est essentielle au rétablissement après un traumatisme.



L'objectif des pensionnats indiens était d'assimiler les enfants autochtones à la société dominante du Canada. Pour ce faire, on a coupé ces enfants de leur famille et de leur communauté, et on a coupé tous les liens avec leurs langues, leurs coutumes et leurs croyances traditionnelles. À cette fin, les enfants des pensionnats indiens ont appris à avoir honte et à rejeter tous les aspects de leur héritage, y compris leurs ancêtres, leurs familles et, par-dessus tout, leurs traditions spirituelles.

Deborah Chansonneuve, 2005.

“ Notre dignité nous a été enlevée... et peu de gens s'en rendent compte. Ils ne comprennent pas comment notre dignité nous a été enlevée, comment nous avons appris à avoir honte d'être Autochtones. Puis notre respect de soi s'est érodé. Dès que l'on perd le respect de soi, on n'arrive plus à respecter les autres. Et alors on s'en prend aux autres.”

(Elder)



Traumatisme historique : L'héritage de la colonisation et des pensionnats indiens

Le traumatisme historique a été défini comme “les blessures émotionnelles et psychologiques cumulatives d’une génération à l’autre, y compris tout au long de la vie, émanant d’un énorme traumatisme collectif” (Yellow Horse Brave Heart, 2003).

L’expérience vécue par bon nombre d’Autochtones au Canada suite à la colonisation et à la fréquentation forcée des pensionnats indiens englobe toutes sortes de traumatismes développementaux.

Les pensionnats indiens:

- Le dernier pensionnat indien dirigé par le gouvernement fédéral au Canada a fermé ses portes en 1996.
- Il y a 80 000 personnes en vie aujourd’hui qui ont fréquenté les pensionnats indiens (Santé des Premières Nations et des Inuits, 2013).
- The average age of claimants for compensation is 57 years old (Assembly of First Nations).

Le terme “Autochtone” comprend les Premières Nations, les Inuits et les Métis, quel que soit leur lieu de résidence au Canada et qu’ils aient été “ inscrits ” ou non en vertu de la Loi sur les Indiens du Canada.

Étant donné la forte population d’Autochtones vivant au Manitoba, il est essentiel que les prestataires de service comprennent les profondes répercussions que la colonisation a eues sur les Autochtones. La colonisation en elle-même consiste en un traumatisme collectif. Des facteurs historiques importants entourent l’expérience autochtone au Canada.



Au cours de l'existence des pensionnats indiens, plusieurs milliers d'enfants autochtones ont été enlevés à leurs familles et inscrits à ces écoles. Bien que la majorité de ces enfants fussent Indiens de plein droit, il y avait aussi parmi eux des Inuits, des Métis et des Indiens de fait.

Toutefois, quel que soit le nombre précis d'enfants inscrits, les peuples autochtones de tout le pays ont payé un énorme tribut, tant à l'échelle individuelle que collective, à l'expérience peu judicieuse du gouvernement de l'assimilation culturelle (Fondation autochtone de guérison, 2003).

En 1867, le Canada a imposé une politique d'assimilation à l'égard des Autochtones visant à transformer les communautés "sauvages" en communautés "civilisées". La loi canadienne obligea les parents autochtones, sous peine de poursuites judiciaires, à envoyer leurs enfants à l'école. Les pensionnats indiens interdisaient l'utilisation des langues autochtones ainsi que l'observance de leurs traditions, leurs enseignements, leurs pratiques et leurs coutumes. Les enfants ne voyaient pas leurs familles pendant des mois, voire des années à la fois.

Depuis le milieu du XIXe siècle jusqu'au milieu du XXe siècle, le pensionnat indien était devenu la norme pour les peuples autochtones. Au départ, les ordres religieux dirigeaient les écoles, puis au fil des ans, le gouvernement en prit le contrôle.

Les maltraitances qui ont été infligées dans les pensionnats indiens sont nombreuses, y compris la violence physique, la négligence, la torture et l'exploitation sexuelle commises par des membres du personnel. Même si les maltraitances ont été subies par des personnes spécifiques, elles faisaient partie d'un projet général de suppression de la culture et de l'identité autochtones. Les communautés autochtones ressentent encore aujourd'hui les effets de ce qu'on appelle parfois une tentative de "génocide culturel."

L'archevêque de Saint-Boniface a écrit en 1912 qu'il fallait placer les enfants autochtones dans les pensionnats indiens dès l'âge de six ans pour "les attraper dès un jeune âge afin de les libérer de ce qui est, somme toute, l'influence délétère qui règne dans leurs foyers." (Ce sentiment était répandu dans la culture dominante de l'époque.)



Impact

L'impact de l'expérience dans les pensionnats indiens est intergénérationnel, c'est-à-dire transmis d'une génération à l'autre. Les parents qui étaient obligés d'envoyer leurs enfants aux pensionnats indiens devaient assimiler les effets dévastateurs de la séparation ainsi que l'impossibilité de contribuer aux soins et au bien-être de leurs enfants. Bon nombre de ces enfants ont subi des atrocités commises par des membres du personnel qui ont été aggravées par un programme d'études leur interdisant la pratique de leur langue et de leur culture. Cela a entraîné des sentiments d'éloignement, de honte et de colère, transmis aux enfants et aux petits-enfants.

Les personnes traumatisées ont tendance à propager les effets du traumatisme à ceux et celles qui les entourent. Chaque génération qui monte continue de ressentir les conséquences de la violence émotionnelle, de la violence physique et des abus sexuels subis par les enfants des pensionnats indiens. De nombreux Autochtones qui ont appris à avoir honte du simple fait qu'ils sont Autochtones portent toujours des blessures profondes liées au traumatisme.

Un autre facteur important dans le processus de guérison de ce traumatisme est que, à cause de la colonisation, les Aînés et les Guérisseurs dans les communautés qui auraient joué un rôle essentiel dans la guérison, furent remplacés ou leur rôle fut compromis par les missionnaires. Par conséquent, on a refusé aux personnes traumatisées dans les pensionnats indiens l'accès aux ressources qui les auraient aidés d'une manière considérable. " Chaque génération d'enfants de retour des pensionnats avait moins de ressources sur lesquelles compter que la précédente " (Commission de vérité et de réconciliation, 2012).

Il faut aussi prendre en considération comment la relation d'attachement entre les enfants, leurs parents, leur communauté naturelle et leur soutien culturel a été violé.



L'expérience de se faire enlever à ses fournisseurs de soins a été traumatisante et a eu un effet profond sur le développement des enfants. L'attachement à un fournisseur de soins réceptif, affectueux et conséquent est essentiel pour assurer une croissance et un développement sains. De nombreux enfants des pensionnats indiens n'ont pas eu l'expérience de cet attachement après qu'on les a enlevés à leurs familles et alors ils en souffrent aujourd'hui.

L'impact des liens affectifs coupés se fait ressentir aux niveaux individuel, familial, communautaire et culturel :

Individual:

- Isolement/éloignement
- Honte
- Colère envers l'école et les parents
- Haine de soi
- Racisme intériorisé
- Faible estime de soi
- Comportements autodestructeurs (toxicomanie, jeux du hasard, alcoolisme, comportements suicidaires)
- Comportement agressif

Impact au niveau de la famille:

- Deuil irrésolu
- Difficulté à être un bon parent
- Violence familiale
- Perte d'histoires
- Perte de traditions
- Perte d'identité

Impact au niveau de la communauté et de la culture:

- Perte du sentiment de connexion aux langues, aux traditions et à l'histoire culturelle
- Perte de solidarité et de soutien collectif



- Perte de soutien des Aînés
- Absence de contrôle relatif à la terre et aux ressources
- Taux de suicide accru
- Absence de l'éducation communautaire des enfants
- Absence d'initiative
- Dépendance envers les autres
- Violence communautaire

Comme l'impact des pensionnats indiens est intergénérationnel, de nombreux Autochtones sont nés dans des familles et des communautés qui luttent contre les effets du traumatisme depuis des années. L'impact d'un traumatisme intergénérationnel est renforcé par les attitudes racistes qui imprègnent la société canadienne.

“ Il y a un grand nombre de communautés de Premières Nations et d'Inuits ainsi que des individus qui sont capables d'assimiler la crise efficacement et de diminuer les effets négatifs du traumatisme. Nous devons nous tourner vers ces communautés et ces personnes afin de comprendre le traumatisme au sein des communautés autochtones. Sans cela, nous créons l'impression que les communautés autochtones n'ont pas la capacité d'assimiler le traumatisme et nous n'apprenons donc pas ce que nous devons absolument savoir... ” (Connors, 2013)

Nous savons qu'il est important de construire des relations afin de soigner les traumatismes. À titre de prestataires de service, notre démarche et notre responsabilité est de développer des relations authentiques avec les personnes traumatisées.

Dans ce cadre, mentionnons le sentiment de sécurité, la compassion, le respect, la bienveillance, l'espoir et la confiance. Cette confiance doit se mériter. Le rapport de la Commission de vérité et de réconciliation le dit bien : “ Réconciliation et relations vont de pair. Les pensionnats indiens ont gravement perturbé les relations au sein des familles et des communautés autochtones, entre les peuples autochtones et les Églises, entre les peuples autochtones et le gouvernement, et entre les

“[Les pensionnats indiens ont eu] pour conséquences le chômage, la pauvreté, la violence familiale, la toxicomanie et l'alcoolisme, l'éclatement des familles, la violence sexuelle, la prostitution, le sans-abrisme, les taux élevés d'incarcération et les décès prématurés..”

(Ils sont venus pour les enfants, 2012)



peuples autochtones et non autochtones au sein de la société canadienne. " (Ils sont venus pour les enfants, 2012)

À titre de prestataires de service, nous devons être conscients de l'impact que les pensionnats indiens ont eu sur nos clients et prendre en considération le rôle qu'il joue dans les difficultés et défis actuels auxquels ils font face. En effet, les prestataires de service non autochtones qui travaillent auprès de clients autochtones traumatisés ont la responsabilité de se renseigner et de s'ouvrir sur l'impact des pensionnats indiens.

Lorsqu'ils comprennent le traumatisme intergénérationnel, les prestataires de service peuvent mieux faire preuve de compassion et de collaboration, voir le comportement dans un contexte plus large, s'attaquer aux systèmes de croyances et aux attitudes qui peuvent avoir des effets négatifs sur l'établissement de relations positives et saines, et créer un milieu sécuritaire et bénéfique

Malgré l'héritage laissé par les pensionnats indiens, il existe de nombreuses raisons pour avoir de l'espoir. Chez un certain nombre d'Autochtones, l'expérience des pensionnats indiens a renforcé leur identité et provoqué l'union de certaines communautés. On a mis en œuvre des initiatives de guérison qui abordent différents aspects des effets des pensionnats indiens. Les Autochtones font preuve de résilience dans les mesures qu'ils prennent pour contrecarrer les résultats néfastes. De nombreux anciens élèves ont trouvé un soutien chez les Aînés et au sein de cercles de guérison. Ils ont également choisi de partager leurs souvenirs et leurs récits avec d'autres anciens élèves, de poursuivre des études, de réapprendre les langues autochtones, et de suivre des voies spirituelles afin de retrouver leur identité autochtone (Aboriginal Healing Foundation, 2003).

Le cycle du traumatisme se brise au fur et à mesure que l'on raconte les récits du traumatisme et que l'on recourt aux maintes forces des cultures autochtones pour démarrer la guérison.



L'espoir et la résilience

“Il faudra du temps et de nombreux efforts pour se défaire de cet héritage. De même que la période d'activité des pensionnats au Canada s'est étendue sur plus d'un siècle, le processus de réconciliation devra s'échelonner sur plusieurs générations. Il faudra du temps pour rétablir le respect. Une vraie réconciliation doit permettre aux peuples autochtones de retrouver leur estime de soi et d'établir avec les peuples non autochtones des relations reposant sur le respect mutuel.”

Truth and Reconciliation Commission, 2012



Enseignements culturels et pratiques de guérison

Être sensible au traumatisme exige de posséder les compétences culturelles à l'égard des traditions et des pratiques d'une culture spécifique. Afin de travailler auprès des Premières Nations, il est essentiel de comprendre leurs pratiques culturelles pour favoriser et comprendre le processus de guérison. Les pratiques de guérison traditionnelles sont spécifiques à une localité et à une culture.

“ Au Canada, il existe 617 communautés de Premières Nations et 53 communautés d'Inuits. Au cours du recensement de 2006, plus de un million de “ Canadiens ” se sont identifiés comme des Autochtones. Parmi les Premières Nations, il existe plus de 50 langues autochtones. Pour ce qui est de la population inuite, il existe des différences sur les plans de la langue, des croyances et des pratiques culturelles dans les territoires du nord. On voit une diversité semblable chez les populations métisses au Canada. Bien qu'il y ait une perspective commune ou une vision holistique du monde qui lie les populations indigènes, il y a également une grande diversité au niveau de la langue, des croyances et des pratiques culturelles partout au pays. ” (Connors, 2013).

Par conséquent, il est nécessaire que tous les prestataires de service cherchent à acquérir des compétences et une compréhension culturelles relatives aux populations autochtones qu'ils servent.

Il est très important d'éviter de faire des suppositions concernant l'expérience et les pratiques d'une personne relativement aux enseignements et pratiques culturels. Les prestataires de service ont également la responsabilité de cultiver une sensibilité et des compétences culturelles lorsqu'ils travaillent auprès des populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Les organismes qui travaillent auprès



de ces populations doivent s'assurer que les programmes et les politiques sont adaptés à la culture en question. Les renseignements ci-dessous ne seront peut-être pas spécifiques aux clients que vous traitez, mais il est important de cultiver une curiosité quant aux croyances et aux pratiques culturelles des différents clients.

Les concepts traditionnels du respect et du partage chez les Premières Nations sont à la base de leur manière de vivre; ils se construisent autour des Sept lois naturelles ou des Sept enseignements sacrés. Ces enseignements honorent les vertus essentielles pour une vie pleine et saine (Site Web Saint Elizabeth, programme des Soins aux personnes âgées, 2013).

Chacun des Sept enseignements sacrés est incarné par un animal. Le monde animal enseigne à l'homme comment vivre près de la terre et respecter toute forme de vie (www.thesharingcircle.com; site Web consulté en 2013).



Les Sept enseignements sacrés

AMOUR (Aigle)



L'Aigle peut atteindre les plus hauts sommets de toutes les créatures. Cet enseignement reconnaît que l'amour véritable c'est connaître le Créateur. L'amour donné au Créateur se manifeste par l'amour de soi, et il est entendu que si l'on ne peut pas s'aimer soi-même, il est impossible d'aimer quelqu'un d'autre.

RESPECT (Bison)



Le Bison, par le partage de sa vie et de chaque partie de son être, a montré le profond respect qu'il avait pour les Premières Nations. La relation de respect est réciproque. L'animal fournit des abris, des vêtements et des ustensiles. Les peuples autochtones ont développé une relation durable avec le Bison, qui a été une véritable expression de respect.

COURAGE (Ours)



L'Ours est à la fois doux et féroce. Il nous enseigne l'importance d'avoir la force mentale et morale pour surmonter les peurs qui nous empêchent de vivre la vie de l'esprit des êtres humains.

HONNÊTÉTÉ (Glooscap)



Il y a longtemps, il y avait un géant appelé Glooscap. Glooscap marchait parmi les gens pour leur rappeler de respecter les lois du Créateur et d'être honnête les uns envers les autres. Pour être vraiment honnête, il faut tenir les promesses faites au Créateur, aux autres et à soi-même.

SAGESSE (Castor)



Le Castor utilise ses dons pour survivre. S'il n'utilisait pas ses dents pour construire son abri, elles continueraient à pousser jusqu'à devenir inutiles. Le Castor nous apprend qu'une communauté dépend entièrement des dons remis à chaque membre par le Créateur. Il est important et nécessaire d'utiliser ses dons, car ils contribuent au développement d'une communauté paisible et saine.



HUMILITÉ (Loup)



Reconnaître et prendre conscience qu'il y a une puissance plus élevée que l'homme est considéré comme étant vraiment humble. Lorsqu'on exprime le respect et/ou la soumission au Créateur, on reconnaît et accepte que tous les êtres sont égaux et on capture ainsi l'essence de l'esprit d'humilité. L'expression de cette humilité se manifeste aussi par l'égard que l'on a envers les autres. Le Loup nous apprend toutes ces leçons. Il incline la tête en présence des autres par respect et il ne prendra pas de nourriture jusqu'à ce qu'elle soit partagée avec les membres du clan. Le Loup n'est pas arrogant et il respecte sa communauté, des qualités essentielles dans la vie autochtone.



VÉRITÉ (Tortue)

Connaître la vérité est de connaître et de comprendre toutes les lois d'origine telles qu'elles ont été données par le Créateur et de leur rester fidèles. La grand-mère tortue était présente quand le Créateur a fait l'homme et qu'il lui donna les Sept lois sacrées. C'était la grand-mère tortue qui s'assurait que les lois ne seraient jamais perdues ni oubliées.



LA ROUE DE MÉDECINE

Des communautés des Premières Nations partout au pays utilisent diverses formes de la Roue de médecine (aussi appelée le Cercle sacré) dans le contexte de cérémonies et d'enseignements (site Web Saint Elizabeth, 2013). Chaque culture et/ou guide spirituel interprète la Roue de médecine à sa manière. Lorsqu'on travaille auprès de ses clients, il est important de cultiver une curiosité quant aux enseignements émanant de la Roue de médecine afin d'éviter de faire des suppositions sur leurs croyances et leurs valeurs.

Pour obtenir des renseignements relatifs aux enseignements de la Roue de médecine, consultez les liens suivants:

www.dancingtoeaglespiritsociety.org/medwheel.php

(en anglais seulement)

www.fourdirectionsteachings.com/main.html

(en anglais seulement)



Le rôle de l'Aîné

Il est essentiel de consulter l'Aîné des communautés spécifiques pour discuter de l'élaboration des programmes destinés aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis. Il est aussi important de travailler en collaboration avec l'Aîné afin de comprendre les enseignements et les croyances spécifiques à la communauté par rapport au rétablissement et à la guérison après un traumatisme.

Il existe différentes définitions d'un Aîné, entre autres:

- L'Aîné est une personne reconnue par sa communauté comme ayant d'abord et avant tout " une bonne santé " spirituelle, physique et mentale. Il s'agit souvent d'une personne très soucieuse de l'éthique et qui peut être très spirituelle, mais cette dernière qualité ne semble pas être obligatoire. Dans ce sens, l'Aîné peut être toute personne respectée dans la communauté, peu importe son âge.
- L'Aîné est une personne dans la communauté qui a vécu longtemps et qui, par conséquent, a beaucoup de sagesse culturelle.
- L'Aîné est considéré du point de vue culturel comme un enseignant, un médiateur, un conseiller, un guérisseur, un intendant de la terre et un gardien de sa culture et son mode de vie.
- " Aîné ", autrefois connu sous le nom " Ancien ", est un terme de respect qui désigne toute personne de la communauté qui a vécu longtemps et qui, par conséquent, a beaucoup de sagesse, d'expérience et de conseils à transmettre quant à la culture.
(BC Association of Aboriginal Friendship Centres, 2010).

Le rôle de l'Aîné dans la communauté:

- Conseiller culturel
- Historien
- Activiste social (Site Web Saint Elizabeth, 2013)



À titre de prestataire de service, vous vous trouverez peut-être dans des situations ou des circonstances vous obligeant à consulter un Aîné. Il est important de prendre en considération les croyances et les pratiques culturelles au moment de demander de l'aide à un Aîné:

- Faire preuve de respect
- Demander la permission
- Demander la clarification si vous ne comprenez pas
- Faire preuve d'humilité - bon nombre d'Aînés croient que l'humilité doit se manifester dans la façon dont une personne se présente et interagit avec les autres
- Porter les vêtements adaptés aux pratiques et à la situation communautaires
- Il est considéré comme impoli de parler fort, couper la parole et bousculer la conversation
(Site Web Saint Elizabeth, 2013)

Si un Aîné a un " assistant ", demandez à l'assistant quel protocole adopter pour communiquer avec l'Aîné en question. L'assistant de l'Aîné vous conseillera relativement à l'offrande de tabac à l'égard de l'Aîné (Organisation nationale de la santé autochtone, 2009).

Le tabac est considéré comme une plante sacrée. Le tabac est offert à un Aîné en reconnaissance de la sagesse que celui-ci transmettra. Le tabac peut être offert " dans une blague à tabac, sous forme de cigarettes ou de guirlandes de tabac (tabac en vrac emballé dans un petit carré de tissu)." (Organisation nationale de la santé autochtone, 2009).

Les Aînés Inuits n'attendent pas d'offrande de tabac puisque celui-ci n'est pas utilisé dans leurs cérémonies. On peut au lieu offrir un petit cadeau à l'Aîné en guise de remerciement pour le temps, le soutien et les conseils qu'il a prodigués. (Organisation nationale de la santé autochtone, 2009).



Cérémonies

Les Aînés des Premières Nations préfèrent qu'aucune photo ni enregistrement ne soient effectués pendant les cérémonies spirituelles. Il est également inapproprié de toucher les objets sacrés que l'Aîné utiliserait pendant une cérémonie, tels que les pipes ou les sacs de plantes médicinales, à moins que l'Aîné l'autorise. En outre, il est obligatoire de demander l'autorisation à l'Aîné de photographier ces objets.

Les Aînés demandent à tout le monde de participer aux cérémonies de la même manière.

Les chants d'honneur sont chantés pour honorer une personne pour diverses raisons. Il est attendu que tout le monde se lève et enlève tout couvre-chef pendant qu'on chante les chants d'honneur.

La purification est en fait une cérémonie de prière au cours de laquelle des plantes médicinales particulières sont brûlées en offrande au Créateur et à la Terre. (Site Web Saint Elizabeth, 2013)

Enseignements

enseignements traditionnels étaient transmis par les Aînés à la communauté pour le développement spirituel, social et éducatif. Il est important de savoir que les enseignements des Premières Nations fournis dans le cadre d'une manifestation publique, telle qu'une conférence ou un atelier, ne sont pas considérés comme de l'information publique. Par conséquent, il est nécessaire de demander l'autorisation à l'Aîné ou aux organisateurs d'utiliser cette information (Site Web Saint Elizabeth, 2013).

Pour obtenir plus de renseignements concernant le travail auprès des Aînés, consultez l'ouvrage de Jonathan H. Ellerby "Working with Indigenous Elders" publié en 2005.



Les effets profonds et la fréquence des traumatismes

De nombreuses statistiques sont disponibles au Canada et aux États-Unis portant sur les sources et la fréquence des traumatismes, telles que la guerre et la violence familiale. Les faits de violence ne sont pas toujours signalés, surtout les cas d'abus sexuel et d'agression sexuelle. Par ailleurs, il s'est avéré qu'en raison de la stigmatisation et de la honte liées au traumatisme, les statistiques actuelles reflètent seulement les données et pas nécessairement le nombre véritable de cas. Les statistiques suivantes sont tirées principalement de sources nationales et provinciales et visent à fournir un portrait général des tendances.

Les effets profonds
et la fréquence des
traumatismes

TSPT:

- Selon l'Association canadienne pour la santé mentale, environ 1 personne sur 10 au Canada a reçu un diagnostic de TSPT.
- La majorité des personnes peuvent éprouver des symptômes sans développer le TSPT.
- Des études au Canada ont révélé que les anciens combattants, les soldats de la paix, les survivants d'attentats terroristes et les populations autochtones sont parmi les personnes les plus à risque de développer le TSPT (Sareen et coll., 2007).

Forces canadiennes:

- Depuis juillet 2011, 30 000 membres du personnel des Forces canadiennes ont été envoyés en Afghanistan.
- Les symptômes du TSPT se manifestent souvent plusieurs mois ou années après que l'événement a eu lieu. Il est dès lors estimé qu'au cours des cinq prochaines années 2 750 membres du personnel souffriront d'un TSPT grave et 6 000 souffriront d'autres maladies mentales diagnostiquées par un professionnel.



- 90 % des personnes souffrant du TSPT recevront un diagnostic d'un problème coexistant comme la dépression, l'anxiété, l'abus de drogues ou des idées suicidaires.
- Étant donné la survenue de blessures de stress opérationnel (BSO) au cours de la vie, il est attendu que 30 % des soldats ayant participé aux combats manifesteront le TSPT ou une dépression clinique.
- " Actuellement, près des trois quarts des vétérans qui participent à un programme de réadaptation d'ACC après leur libération pour raisons médicales souffrent de problèmes de santé mentale " (Jean-Rodrique-Pare, 2011).

Système correctionnel:

- 80% des femmes en prison ont été assujetties à l'abus sexuel et la violence physique.
- Bon nombre d'adultes reconnus coupables d'un crime violent avaient été assujettis à la violence physique ou l'abus sexuel pendant l'enfance.
- The majority of those convicted of homicide and sexually related offences have a history of child maltreatment (Jennings, 2004).
- 62 % des délinquants admis dans un pénitencier du Service correctionnel du Canada sont désignés comme ayant besoin de services de suivi en matière de santé mentale (Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionne, 2011-2012).
- Au cours des dix dernières années, la population carcérale autochtone a enregistré une hausse considérable de 37,3 %, tandis que la population carcérale non autochtone a connu une hausse modeste de 2,4 % (Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionne, 2011-2012).

Réfugiés:

- Pour la cinquième année consécutive, le nombre de personnes déplacées par la force dans le monde en raison de conflits permanents et de conflits nouveaux



dans différents pays du monde – s’est chiffré à plus de 42 millions. À la fin de 2011, le chiffre s’est stabilisé à 42,5 millions (Agence des Nations Unies pour les réfugiés, 2012).

- En 2011, le Canada a reçu 24 981 demandes du statut de réfugié. Plus de 15 000 de ces demandes ont été traitées (Commission de l’immigration et du statut de réfugié du Canada, 2012).
- Les réfugiés arrivent au Canada de régions ravagées par la guerre telles que l’Afrique, le Moyen-Orient et l’Amérique du Sud. Entre 2000 et 2010, le Manitoba a reçu 11 215 réfugiés au taux d’environ 1 100 par an (Province du Manitoba, 2010).

Immigrants:

- En 2011, le Manitoba a reçu environ 16 000 immigrants (statut de résidents permanents et/ou temporaires) (Citoyenneté et Immigration, 2012).
- La majorité des immigrants au Manitoba provenaient de l’Asie, de l’Afrique, du Moyen-Orient, de l’Europe et du Royaume-Uni, et de l’Amérique du Sud et de l’Amérique Centrale (Province du Manitoba, 2012).
- Les nouveaux immigrants et réfugiés ont souvent vécu des traumatismes dans leurs pays d’origine. Par conséquent, il est estimé que 9 % d’entre eux souffrent du TSPT et 5 % souffrent d’une dépression clinique.
- Des personnes aux prises avec une dépression, 71 % souffrent également du TSPT.
- On encourage les médecins à guetter les signes de troubles du sommeil, d’isolement social et d’un traumatisme sous-jacent, au lieu de poser des questions sur les détails qui pourraient éveiller de nouveau le traumatisme.
- Avant de recommander des services pour traiter le traumatisme, il vaut mieux se concentrer sur l’aide pratique relative à l’installation et la construction de relations qui favorisent les sentiments de sécurité (Rousseau et coll., 2011).



Agression sexuelle:

- En 2010, 22 000 cas d'agression sexuelle ont été signalés au Canada (Statistique Canada, 2011).
- Selon l'Enquête sociale générale, 9 agressions sexuelles sur 10 ne sont pas signalées (Statistique Canada, 2011)
- Une femme sur quatre sera victime d'une agression sexuelle au cours de sa vie (Sexual Assault Canada, 2012).

Violence familiale

Toutes les données dans cette section ont été tirées de Statistique Canada 2011 pour les données recueillies en 2009.

Violence conjugale:

- 6 % des Canadiens ayant un conjoint ou un ex-conjoint ont déclaré avoir été agressés par ce dernier.
- Des proportions semblables d'hommes et de femmes ont déclaré avoir été agressés par leur conjoint au cours des cinq années précédentes.
- Plusieurs victimes de violence conjugale ont signalé des incidents répétés. Un peu moins de la moitié des victimes de violence conjugale au cours des cinq années précédentes a déclaré que la violence a eu lieu à plus d'une occasion. Les femmes avaient davantage tendance à signaler les incidents répétés que les hommes, à 57 % et 40 % respectivement.
- Les Canadiens plus jeunes étaient davantage susceptibles de déclarer avoir été victimes de violence conjugale que les Canadiens plus âgés. Les personnes de 25 à 34 ans étaient proportionnellement trois fois plus nombreuses que les personnes de 45 ans à mentionner avoir été agressées physiquement ou sexuellement par leur conjoint.
- Les personnes autodéclarées gays ou lesbiennes étaient proportionnellement plus de deux fois plus nombreuses que les hétérosexuels à signaler la violence conjugale, tandis que les personnes autodéclarées bisexuelles avaient quatre fois plus tendance à signaler la violence conjugale que les hétérosexuels.



- Les victimes de violence conjugale étaient moins susceptibles de signaler l'incident de violence à la police qu'en 2004.
- Les femmes autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis) sont huit fois plus susceptibles de se faire tuer par leur conjoint que les femmes non autochtones (Condition féminine Canada, 2012 2012).
- Comme en 2004, près de 1 Canadien sur 5 (17 %), âgé de 15 ans ou plus, a dit avoir été victime d'une forme quelconque de violence psychologique ou d'exploitation financière dans leur relation actuelle ou antérieure.
- La violence psychologique et/ou un comportement dominateur dans une relation sont souvent des signes précurseurs de violence.
- La violence psychologique ou l'exploitation financière était 2,5 fois plus fréquente que la violence physique. Des femmes et des hommes ont signalé des cas de violence psychologique et d'exploitation financière.
- Se faire dire des mots blessants ou se faire rabaïsser sont parmi les signes précurseurs les plus importants de la violence familiale.

Violence envers les enfants:

- Les données de la police indiquent que les enfants et les jeunes de moins de 18 ans étaient plus susceptibles d'être agressés physiquement ou sexuellement par une personne qu'ils connaissent (85 % des cas).
- Près de 55 000 enfants et jeunes ont été victimes d'une infraction sexuelle ou de voies de fait; environ trois affaires sur dix ont été commises par un membre de la famille.
- Six enfants et jeunes victimes de violence familiale sur dix ont été agressés par leurs parents. Les victimes les plus jeunes (moins de trois ans) étaient les plus vulnérables à la violence infligée par leur père ou leur mère.

57% des femmes autochtones ont été victimes d'abus sexuels (Sexual Assault Canada, 2012).



- Le taux d'infractions sexuelles aux mains d'un membre de la famille était plus de quatre fois plus élevé chez les filles que chez les garçons. Le taux de voies de fait était semblable chez les filles et les garçons
- Selon l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants 2008, qui compilait des rapports provenant de travailleurs sociaux, on pouvait répartir les cas prouvés de violence envers les enfants comme suit:
 - ◆ Négligence : 34 %
 - ◆ Exposition à la violence conjugale : 34 %
 - ◆ Violence physique : 20 %
 - ◆ Violence psychologique : 9 %
 - ◆ Abus sexuel : 3 %

Les personnes âgées:

- 2,400 crimes violents envers les personnes âgées (65 ans et plus) ont été commis par un membre de la famille.
- Les agressions sexuelles sont les seules infractions avec violence dont la proportion est plus élevée chez les femmes âgées que chez les hommes.
- Les femmes âgées sont plus souvent victimes de violence aux mains d'un membre de la famille.
- La majorité des personnes âgées connaissent la personne qui les maltraite.
- La majorité des infractions contre les personnes âgées sont commises par un enfant adulte et/ou le conjoint.



Les effets du traumatisme

Chaque personne vit les effets du traumatisme de façon très personnelle. Les personnes traumatisées subissent des effets physiques, émotionnels, comportementaux, cognitifs, spirituels, neurobiologiques et relationnels.

Un traumatisme peut entraîner:

- Des changements dans le cerveau
- Un système immunitaire compromis
- Un stress physique et mental accru
- Une diminution de confiance face aux autres
- Des difficultés d'attachement et des relations conflictuelles
- L'hyperexcitation et l'hypervigilance
- Un comportement rigide ou chaotique

Les prestataires de service voient souvent des signes d'hyperexcitation et d'hypervigilance chez les clients, mais ces états ne sont pas forcément liés au traumatisme et ils peuvent être mal interprétés. Si le prestataire de service interprète mal ou ne comprend pas le comportement et qu'il est incapable de reconnaître les réactions de lutte, de fuite ou de paralysie, il risque de porter un jugement sur le client ce qui peut mener à des conflits ou des rapports d'opposition. Il est important de se rappeler que le traumatisme affecte la manière dont la personne aborde une relation d'aide et ses interactions avec les prestataires de service. Les effets du traumatisme sont ressentis pendant toute la vie.

Selon une étude réalisée au Canada, le TSPT est " lié à divers problèmes de santé physiques graves, notamment les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, la douleur chronique, les maladies gastro-intestinales et le cancer " (2007). Il est important de reconnaître que les expériences d'un traumatisme peuvent avoir des effets



néfastes sur la santé d'une personne, que celle-ci ait reçu un diagnostic de TSPT ou non. Ces résultats étayent ceux de l'étude ACE, Adverse Childhood Experiences Study (étude sur les expériences négatives vécues pendant l'enfance) qui identifiait un lien direct entre les expériences négatives vécues pendant l'enfance et les problèmes de santé physique et mentale accrus (1998).

L'étude ACE a révélé que plus l'expérience a été négative, plus le risque augmente pour entraîner les problèmes suivants:

- Alcoolisme et abus d'alcool
- Maladie pulmonaire obstructive chronique
- Dépression
- Mort fœtale
- Qualité de vie liée à l'état de santé
- Consommation de drogues illicites
- Cardiopathie ischémique
- Maladie du foie
- Violence conjugale
- Partenaires sexuels multiples
- Maladies transmises sexuellement
- Tabagisme
- Tentatives de suicide
- Grossesses non désirées
- Tabagisme précoce
- Rapports sexuels précoces
- Grossesses à l'adolescence

Effets émotionnels :

- Dépression
- Sentiments de désespoir et d'impuissance
- Culpabilité



- Honte
- Blâme de soi
- Haine de soi
- Sentiment d'être abîmé
- Sentiment d'être une mauvaise personne
- Anxiété
- Vulnérabilité extrême
- Crises de panique
- Peur
- Comportements compulsifs et obsessionnels
- Sentiment de perte de contrôle
- Irritabilité, colère, ressentiment
- Émoussement émotionnel
- Pensées effrayantes
- Difficultés relationnelles

Effets comportementaux:

- Automutilation (p. ex., se taillader)
- Abus de drogues
- Abus d'alcool
- Jeux du hasard
- Comportements autodestructeurs
- Isolement
- Choix d'amitiés malsaines
- Comportement suicidaire
- Violence et agressivité envers les autres

Effets cognitifs:

- Trous de mémoire, surtout quant au traumatisme
- Perte de temps
- Submergé de souvenirs du traumatisme



- Difficulté à prendre des décisions
- Capacité réduite de concentration
- Se sentir distrait
- Désintérêt pour la routine normale
- Pensées de suicide

Effets spirituels :

- Sentiment que la vie n'a pas vraiment de sens
- Remettre en question la présence d'une puissance supérieure à nous-mêmes
- Remettre en question le but de sa vie
- Se poser les questions : " Qui suis-je? "; " Vers où vais-je? "; " Suis-je important? "
- Penser qu'on est mauvais, surtout dans le cas de violence commise par un membre du clergé
- Se sentir déconnecté du monde qui nous entoure
- Sentir que, en plus de soi-même, toute sa race ou toute sa culture est mauvaise

Effets neurobiologiques:

- Une surproduction des hormones du stress dont le taux ne redevient pas normal après qu'elles aient été libérées. Les effets suivants peuvent durer des heures ou des jours:
 - ◆ Agitation, tremblement
 - ◆ Réaction de sursaut exagérée
- Le système d'alerte dans le cerveau demeure " allumé " ce qui : complique l'interprétation des expressions faciales, des signaux sociaux, des comportements des autres; entraîne l'interprétation des événements comme étant dangereux; cause l'insomnie et l'évitement de situations perçues comme étant effrayantes
- Une partie des systèmes cérébraux deviennent plus petits ou plus gros qu'ils ne devraient l'être



- Réactions de lutte, de fuite, de paralysie (qui varient d'une personne à l'autre)
- Réactions involontaires

Effets sur les relations:

- Difficulté à aimer, à faire confiance au sein d'une relation
- Intérêt diminué pour les relations sexuelles
- Distance affective
- Relations caractérisées par la colère et la méfiance
- Incapacité à maintenir les relations
- Difficultés à exercer son rôle de parent

Il convient aussi de noter que les symptômes des différentes catégories peuvent se chevaucher.



La neurobiologie du traumatisme

Lorsque le corps réagit à un événement traumatisant, une série de changements s'opèrent dans le cerveau. Lorsqu'on perçoit un danger, le système limbique (situé dans le mésencéphale, au-dessus du tronc cérébral) agit comme une alarme intérieure. Lorsqu'on perçoit un danger, ce système s'active et envoie le signal aux glandes surrénales pour libérer les hormones du stress. Ces hormones augmentent la circulation du sang vers les grands muscles, stimulent les sens et nous préparent à réagir rapidement. Une fois la crise passée, le corps élimine les hormones du stress et on retourne à la normale.

Si le traumatisme se produit tôt dans la vie et se prolonge, comme dans le cas de la violence ou la négligence faite aux enfants, les effets perdurent. Le système limbique demeure en état d'alerte. Cet état d'alerte constant fait que les personnes traumatisées sursautent plus facilement, éprouvent de la difficulté à interpréter les expressions faciales et les signaux sociaux, éprouvent des troubles du sommeil et ont tendance à éviter des situations qui peuvent augmenter le stress. Étant donné que de nombreuses situations augmentent le stress à chaque jour, du moins à courte échéance, les problèmes s'accumulent. Éviter les difficultés et la souffrance émotionnelle qui les accompagne peut causer des phobies et des troubles psychiques (Linehan, 2012).

Il peut s'avérer difficile pour le siège de la pensée dans le cerveau, le cortex préfrontal, de s'en mêler afin de calmer le système limbique. En outre, selon certaines études (Davidson et coll., 2003), il peut y avoir plus d'activité dans le cortex préfrontal droit, mesurée par la circulation sanguine, partie du cerveau liée au pessimisme et à la dépression. Par conséquent, les pensées peuvent être coincées dans un cycle de rumination



sur le passé, surtout le traumatisme du passé, ce qui maintient le système limbique en état d'hyperexcitation.

Au cours de l'évolution, les hormones du stress se sont développées afin de permettre à notre corps de fuir en cas de danger. Lorsque la crise est passée, les hormones du stress ne sont plus nécessaires et elles se décomposent. Toutefois, quand le système est continuellement activé, les hormones du stress peuvent devenir toxiques pour le cerveau et entraver la capacité d'apprendre de nouvelles choses et ensuite de les retenir.

L'hippocampe, qui fait partie du système limbique et qui aide à organiser les souvenirs, est en fait plus petit chez les personnes ayant vécu un traumatisme de longue durée. Le cortisol provoque la mort des cellules dans l'hippocampe. Étant donné ces résultats, on peut facilement comprendre à quel point la résolution de problèmes peut devenir difficile (Badenoch, 2008). Il est difficile pour les personnes traumatisées de même penser que les choses peuvent s'améliorer ou d'être conscientes des moments de bien-être. Toutes les petites bonnes choses échappent à leur conscience (Hanson, 2009).

Toutes les personnes ne recourent pas aux réactions classiques de lutte ou de fuite pour traiter un événement traumatisant. Au lieu, chez certaines personnes, le système limbique paralyse le corps. Les personnes se trouvant dans un état de paralysie face à une situation peuvent mettre leurs émotions en veilleuse et se dissocier; elles peuvent même s'évanouir en plein milieu d'une crise grave (Porges, 2012). Il s'agit de l'application inconsciente de l'ancienne stratégie de faire le mort pour que le prédateur se désintéresse et quitte les lieux. Perdre connaissance est à l'extrémité de la gamme de réactions de paralysie. Il est plus fréquent que les personnes traumatisées oscillent entre l'hypervigilance et la dissociation (van der Kolk, 2012).

Il est important de se rappeler que ces réactions au traumatisme sont involontaires. Le traumatisme réside dans



le système nerveux. Le corps réagit immédiatement face à un danger perçu avant que le cerveau rationnel puisse correctement nommer ce qui se passe. Ces réactions sont déclenchées par des signaux quotidiens qui sont liés à l'événement pénible original. Même si on ne doit pas guetter de véritables prédateurs, les bruits forts, l'expression d'un proche ou encore mille autres incidents peuvent mettre les personnes traumatisées dans un état d'extrême nervosité.

En outre, la façon dont de nombreuses personnes gèrent les émotions négatives peut s'ajouter à l'accumulation d'événements traumatisants. La consommation excessive de drogues et d'alcool peut entraîner un stress accru à la suite d'accidents, de problèmes financiers, de problèmes au travail ou à l'école, de rapports sexuels non protégés et de relations malsaines. Ces circonstances continuent de changer la chimie du corps ainsi que la structure et la fonction du cerveau. Comme il a été mentionné plus haut, l'hippocampe rapetisse lorsqu'il est exposé de façon continue aux hormones du stress. Or, ces mêmes hormones augmentent la taille de l'amygdale provoquant ainsi une boucle de rétroaction qui rend le système limbique encore plus sensible aux signaux environnementaux et aux sensations internes du corps liés au traumatisme.

Il est également important de savoir quand les choses vont bien et de connaître les fonctions intégrées du cerveau qui comprennent:

- Conscience de son corps
- Capacité d'être à l'écoute des autres
- Émotions équilibrées (ni chaotiques, ni rigides)
- Capacité de calmer ses craintes
- Capacité de prendre un recul avant d'agir
- Capacité de faire preuve de lucidité et de réflexion
- Capacité d'être empathique



- Capacité de faire preuve de moralité, d'équité et de bien commun
- Capacité de faire preuve d'intuition (Siegel, 2010)

Le stress chronique met le système immunitaire à épreuve. Il devient plus difficile de combattre la maladie. L'étude ACE, qui a examiné les expériences antérieures de milliers de patients en Californie, a révélé que les personnes qui déclaraient avoir subi de nombreuses expériences négatives pendant l'enfance étaient plus susceptibles à souffrir d'une maladie grave (Felitti et al., 1998).

D'autres facteurs, tels que le statut social, peuvent renforcer les sentiments d'être dévalorisé et laissé pour compte par la société (Baer, 2012). Même les cultures plus égalitaires qui s'efforcent de faciliter l'accès aux soins de santé universels arrivent difficilement à atténuer la stigmatisation des effets de la pauvreté sur les taux de morbidité et de mortalité (Sapolsky, 2005).



RISQUES SOCIAUX ET DE SANTÉ LIÉS AUX EXPÉRIENCES NÉGATIVES VÉCUES PENDANT L'ENFANCE (ENE)

| DOMAINES DE SANTÉ | CONDITIONS ASSOCIATED WITH ACES |
|---|---|
| Problèmes de santé | Maladies du cœur, des poumons, du foie, cancers, maladies transmises sexuellement, fractures osseuses |
| Facteurs de risque des troubles fréquents | Tabagisme, abus d'alcool, consommation de drogues illicites, promiscuité sexuelle, obésité, autoévaluation d'une mauvaise santé, perception de risque élevé du SIDA |
| Santé comportementale | Troubles dépressifs et anxieux, TSPT, troubles de l'alimentation, toxicomanie, troubles de la personnalité ou dissociatifs, hallucinations, suicide |
| Santé sexuelle et de la reproduction | Rapports sexuels précoces, insatisfaction sexuelle, grossesse précoce, grossesse non désirée, paternité à l'adolescence, mort fœtale |
| Problèmes sociaux et de santé généraux | Perception d'un niveau de stress élevé, faible rendement au travail, difficultés relationnelles, conjoint ou conjointe alcoolique |

(Jeannie Campbell, Executive Vice President, National Council for Community Behavioural Healthcare, 2012)



"Mon oncle m'a agressée sexuellement entre l'âge de 8 et 23 ans. J'ai vécu toutes ces années dans la peur constante et je ne pouvais en parler avec personne puisque je pensais que ma famille ne me croirait pas et me blâmerait tel que mon oncle l'a fait. Il est mort et les agressions sont du passé, mais j'ai parfois l'impression de tout revivre. Je me sens abîmée, usée. Je veux simplement me sentir entière au lieu de dispersée.."

Personne ayant vécu un traumatisme



Le traumatisme à caractère sexuel pendant l'enfance

Les personnes qui ont été victimes d'abus sexuel peuvent éprouver d'autres effets dus à la nature sexuelle de leurs expériences : honte, culpabilité, haine de soi. Elles peuvent se sentir " abîmées ", " différentes ", " contaminées " ou elles peuvent croire qu'elles ont un problème grave. Ces sentiments peuvent être le résultat direct des paroles offensantes reçues et/ou de leur interprétation de l'expérience. La violence peut se produire pendant une période de temps à cachette, être commise par un adulte de confiance, et demeurer un sombre secret que la personne enfouit en elle pendant très longtemps. En outre, il peut être absolument terrifiant de croire qu'une personne censée prendre soin de vous puisse en même temps vous nuire. Par conséquent, l'enfant peut se blâmer pour la violence afin de protéger sa relation avec la personne d'attachement.

Le traumatisme à caractère sexuel pendant l'enfance

Être " renseigné sur les traumatismes " veut dire être au courant des expériences antécédentes et actuelles de violence de la personne auprès de qui vous travaillez. Cela ne veut pas nécessairement dire que la personne doit revivre le passé et fournir les détails de la violence. Toutefois, être renseigné sur les traumatismes veut dire comprendre le rôle que jouent la violence et la victimisation dans la vie des personnes traumatisées et ouvrir la porte à des services holistiques et intégratifs (Harris & Fallot, 2001).

Les personnes ayant des comportements violents répètent souvent à leurs victimes qu'elles sont à blâmer pour la violence qu'elles subissent et qu'elles en sont responsables. Elles diront des choses comme : " Tu le mérites ", " Je sais que tu le veux " et " Tu l'as demandé ". Parfois les agresseurs ne disent rien, parfois ils s'excusent, ils promettent de ne plus jamais récidiver, ils peuvent même faire des gestes attentionnés et gentils à l'égard de l'enfant/l'adolescent. Cette attitude peut causer beaucoup de confusion et de forts sentiments de honte.



Un enfant ne demande pas d'être agressé sexuellement et il ne peut pas dire " Non! " à un adulte ou une personne plus âgée qui exerce un contrôle total sur lui. Les personnes qui ont été assujetties à des abus sexuels vivent souvent dans la peur ou reçoivent des menaces terrifiantes afin d'assurer leur silence. Les menaces peuvent parfois être subtiles et indirectes. Dans l'univers d'une jeune personne, ce comportement peut être la seule chose qu'elle connaisse. Elle obéit à la personne qui la maltraite parce que, dans de nombreux cas, son bien-être et/ou sa survie en dépend.

En outre, la honte est un élément puissant dans le maintien du silence. Dans certaines situations, la divulgation peut susciter l'incrédulité et le ridicule, ce qui influence alors la possibilité de divulguer la violence à l'avenir.

La personne ayant subi des abus sexuels peut porter en elle ces sentiments et ces craintes jusqu'à l'âge adulte, ainsi que les comportements qu'elle a adoptés pour survivre. De nombreuses personnes qui ont été maltraitées pendant l'enfance se définissent selon ces expériences violentes et elles vivent encore au jour le jour comme si elles survivaient et qu'elles vivaient dans la crainte de subir de nouveau la violence.

On adopte fréquemment des comportements autodestructeurs pour survivre. Les blessures volontaires, par exemple, représentent un mécanisme d'adaptation qui permet de gérer la souffrance émotionnelle intense provoquée par l'expérience de maltraitance commise par une personne autrement très importante dans la vie de l'enfant. Les actes autodestructeurs, tels que se taillader, se brûler ou se donner des hématomes à différentes parties du corps, peuvent temporairement soulager la souffrance émotionnelle. Suite au comportement autodestructeur qui fournit un bref soulagement, la personne éprouve un sentiment de honte plus prononcé.

Les souvenirs horribles de violence pendant l'enfance peuvent suivre la personne pendant toute sa vie et ils se manifestent souvent sous formes de cauchemars et de



flashbacks qui donnent l'impression que la maltraitance se répète. C'est ainsi que le cerveau assimile ces expériences et émotions affligeantes que la personne évite d'assimiler elle-même par crainte de perdre le contrôle. Elle aspire à une relation d'amour, mais cette relation peut aussi susciter la terreur puisque la violence a sapé la confiance et les rapports d'intimité. Il peut être très difficile pour les personnes qui ont subi des abus sexuels pendant l'enfance de comprendre les relations. Puisque ces personnes ont énormément de difficulté à réguler leurs émotions, qui passent d'un extrême à l'autre, elles affichent souvent des sentiments et des comportements qui les font paraître " instables ".

On a déjà défini le trouble du stress post-traumatique complexe (TSPT complexe) comme étant le résultat de mauvais traitements prolongés se manifestant par des " changements de personnalité, notamment des déformations en matière de relations et d'identité " (Herman, 1992). Plus récemment, on a défini le TSPT complexe comme étant des " formes cumulatives de traumatisme ou de retraumatisation qui privent la personne du sens de sécurité et d'espoir, de ses liens aux systèmes de soutien primaire et à la communauté, et de sa propre identité " (Courtois & Ford, 2013). Le TSPT complexe a aussi été décrit comme " ce qui se passe pendant une période critique du développement de l'enfant, au moment où se forment la définition de soi et la maîtrise de soi "(Courtois & Ford, 2009).

Il y a plus de risques que le TSPT complexe se manifeste:

- Si la violence a eu lieu très tôt dans la vie;
- Si la violence s'est répétée sur une longue période;
- Si la violence a été subie par une personne très proche;
- Si la violence a été très grave.

Des comportements suicidaires chroniques, des comportements autodestructeurs, des difficultés relationnelles, des dépendances et la dépression sont généralement liés à ce type d'expérience.



Les problèmes des hommes ayant subi l'abus sexuel pendant l'enfance

Il est difficile de donner des statistiques sur l'abus sexuel subi par les hommes pendant l'enfance, car ce sujet a été moins étudié et les cas sont signalés moins souvent. Toutefois, des études révèlent que plus de 50 % des hommes ont vécu au moins un événement traumatisant au cours de leur vie (Kessler et coll., 1995). Les hommes atteints d'une maladie mentale grave sont davantage susceptibles que la population en général. Trente-cinq pour cent de ces hommes signalaient des cas d'abus sexuels pendant l'enfance et 25 % d'entre eux disaient avoir subi la violence à l'âge adulte (Muesler et coll., 1998).

Dans notre société, les hommes reçoivent beaucoup de pression pour projeter et maintenir l'image d'un être fort, impassible, robuste et héroïque, même au risque de négliger leurs propres besoins affectifs. Il est difficile pour les hommes ayant subi des abus sexuels de chercher de l'aide et ils évitent de le faire souvent par crainte de paraître faibles ou vulnérables. Les hommes hésitent plus à divulguer les abus qu'ils ont subis et ils ont plus tendance que les femmes à présenter des symptômes externes tels que la colère, la dépendance et des comportements autodestructeurs.

De nombreux hommes peuvent être plus susceptibles sur le plan développemental de ressentir de la honte en raison de la pression qu'ils reçoivent pour demeurer solides devant un traumatisme interpersonnel. En fait, les effets de la honte inspirent souvent des classifications pour les hommes telles que " macho ", " cool ", " le beau grand ténébreux ", " impassible " et d'autres termes semblables (Fallot & Bebout, 2012).

Il est important de distinguer les effets de l'abus sexuel sur les hommes parce qu'on a plus tendance à les négliger. En outre, les hommes sont plus susceptibles de refouler leurs émotions et de se détacher des relations, ce qui exigerait une différente approche thérapeutique.



- Les garçons subissent de différents types de violence que les filles.
- Les garçons sont plus susceptibles de subir des abus sexuels pendant l'enfance commis par des garçons plus âgés dans le contexte d'un pensionnat indien et dans celui de détenus mineurs, moins susceptibles de subir des abus sexuels dans le contexte familial et le plus souvent en dehors de ce contexte.
- Les garçons peuvent réagir différemment que les filles parce qu'ils associent les abus à l'homosexualité et sont plus susceptibles de subir la violence physique en compagnie d'abus sexuels (Feinauer et al, 2007).

Il existe de nombreux mythes dans notre société entourant les hommes ayant subi des abus sexuels. Si les prestataires de service croient à ces mythes, ils ne pourront pas fournir des services éclairés et compatissants aux hommes qui ont subi des abus sexuels pendant l'enfance. Ces mythes sont très tenaces et peuvent empêcher les hommes de parler de leurs expériences

Mythes courants sur les hommes ayant subi des abus sexuels:

Mythe : Seuls d'autres hommes commettent des abus sexuels sur les hommes.

Fait : Bien que la recherche ne soit pas bien documentée, des hommes ou des femmes peuvent commettre des abus sexuels sur les hommes; il se peut aussi que l'homme garde le secret et éprouve davantage de honte si les abus ont été commis par une femme.



Mythe : Les hommes qui ont subi des abus sexuels finiront par commettre la même violence contre d'autres.

Fait : La majorité des personnes qui ont subi des abus sexuels ne commettent pas de violence contre les enfants une fois adultes. Il y a une faible minorité d'hommes qui finissent par commettre des abus sexuels.

Mythe : La majorité des cas d'abus sexuel sont commis par de " vieux hommes libidineux "

Fait : L'abus sexuel contre les garçons peut être commis par toute personne ayant une position d'autorité sur eux.

Mythe : Les hommes qui ont subi des abus sexuels commis par un homme sont ou deviendront homosexuels ou bisexuels.

Fait : L'abus sexuel est un acte de violence, les actes sexuels en sont l'arme. Il ne s'agit pas de rapports sexuels, mais bien de pouvoir. L'abus sexuel a un impact sur la sexualité. Aucune étude ne soutient l'idée que l'abus sexuel influence l'orientation sexuelle. Vivre dans un contexte social homophobe est plus directement lié

Mythe : Les garçons subissent rarement des abus sexuels pendant l'enfance.

Fait : Des études estiment que 20 % de femmes et 16 % d'hommes ont subi des abus sexuels pendant l'enfance (2010).



Myth: Boys sexually abused by an adult female enjoyed it.

Fait : La violence est non consensuelle et agressive. Toutefois, puisque le corps est fait pour répondre aux stimuli, des réactions physiques peuvent se produire telles que l'éjaculation. Cette réaction est indépendante de la volonté du garçon et elle contribue à la honte qu'il peut éprouver

L'effet de ces mythes sur les garçons et les hommes

Si les prestataires de service croient à ces mythes répandus dans notre société, il sera impossible de travailler efficacement pour gagner la confiance et établir la sécurité chez une personne ayant vécu un traumatisme. Ces mythes nuisent aux personnes traumatisées et tant et aussi longtemps qu'on continue d'y croire et de les perpétuer, les hommes ayant subi des abus sexuels auront moins de chance à se faire reconnaître et traiter. Par conséquent, le cycle de culpabilité, de honte, de colère et de silence se perpétuera.

Pour tout homme qui a subi des abus sexuels, il est essentiel de surmonter ces mythes afin de guérir. Toutefois, cela ne peut avoir lieu que si les prestataires de service sont prêts à s'informer et à appuyer les hommes sur la voie de la guérison.



Les effets de l'abus sexuel

Bien que cette liste ne soit pas exhaustive, sachons que l'impact de l'abus sexuel peut comprendre des effets:

Physiques:

- Douleur dans la région des organes génitaux ou dans d'autres régions du corps où les abus ont été commis
- Grand malaise face aux examens physiques médicaux
- Douleur chronique
- Problèmes de santé inexpliqués
- Aucun plaisir sexuel
- Tremblements
- Nervosité

Émotionnels:

- Dépression
- Idées suicidaires
- Colère
- Sentiment d'impuissance
- Sentiment de dévalorisation
- Honte, culpabilité
- Sentiment d'être une " mauvaise " personne
- Sentiment d'être indigne d'amour et de respect
- Sentiment d'être marginal
- Haine de soi
- Peur de l'autorité
- Perte de foi/spiritualité

Comportementaux:

- Évitement de relations intimes ou poursuite de nombreuses relations
- Isolement



- Consommation de drogues
- Engagement exagéré dans les relations/Refus de se lier avec les amis et la famille
- Comportements autodestructeurs
- Tentatives de suicide
- Agressivité et hostilité
- Enfreindre la loi
- Manquer des rendez-vous

Cognitifs:

- Idées suicidaires
 - Dissociation
 - Manque de concentration
 - Trop analyser
- Voir la section " Les effets du traumatisme ", à la page 64 du présent manuel.

Spirituels:

- Se sentir abîmé
- Absence d'un sentiment d'identité en dehors du contexte de la violence
- Changement de système de croyances (p. ex., croyait peut-être en Dieu, mais ne croit plus depuis le traumatisme)
- Sentiment d'être sans âme
- Sentiment d'être méchant
- Cesser de pratiquer sa foi

Les effets du traumatisme varient selon le niveau développemental de la personne au moment de subir le traumatisme et la personne qui a commis l'acte. Certaines personnes ont subi des sévices depuis aussi longtemps qu'elles s'en souviennent, tandis que d'autres se rappelleront une époque avant que la violence ait commencé.



La personne qui a obtenu du soutien et de la compassion des personnes importantes dans sa vie au moment où le traumatisme a eu lieu ressentira moins d'effets que la personne qui n'a reçu aucun soutien, aucune compassion après qu'elle a divulgué la situation à sa famille et sa communauté. À titre de prestataires de service, nous ne voulons pas continuer de nier le traumatisme. Dès que nous reconnaissons le traumatisme, nous pouvons faire une différence dans la vie de la personne qui souffre.



“Dès l’âge de 13 ans, j’ai commencé à consommer de la drogue et de l’alcool ou tout ce qui me tombait sous la main. C’était la seule façon de faire face à la colère de ma mère; ça m’a permis de mettre la colère et la tristesse en veilleuse, mais aujourd’hui, je suis vraiment perturbé... Les souvenirs et les sentiments que j’avais à l’âge de 13 ans me suivent toujours, et j’en ai 42 aujourd’hui. Je me sens si coincé...”

Personne ayant vécu un traumatisme



Les troubles coexistants : La toxicomanie et le traumatisme

Le terme “trouble coexistant” désigne l’abus de drogues ou la dépendance à celles-ci en compagnie de troubles mentaux.

Les troubles coexistants sont fréquents chez les personnes touchées par un traumatisme à un point tel que ces troubles devraient être considérés comme attendus et non exceptionnels. Ils sont liés à divers résultats négatifs, notamment des taux de rechute élevés, l’hospitalisation, la violence, l’incarcération, le sans-abrisme et des maladies infectieuses graves (CODI, 2004).

On estime actuellement qu’un Canadien sur cinq aura un problème de santé mentale au cours de sa vie. Les quatre autres connaîtront un ami, un membre de la famille ou un collègue qui a un problème de santé mentale.

Environ 20 % des personnes ayant un trouble mental auront également un problème coexistant de consommation de drogues.

Un Canadien sur dix de quinze ans et plus signale des symptômes de dépendance à l’alcool ou aux drogues illicites.

Seulement un tiers des personnes ayant besoin de services de santé mentale au Canada pourront en obtenir (Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012).

Les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles coexistants sont atteintes d’un trouble mental ou plus, ainsi que d’un trouble ou plus lié à l’abus d’alcool ou de drogues.

Chez les personnes qui ont souffert du TSPT tout au long de leur vie, le taux des troubles coexistants est élevé. Parmi les hommes atteints du TSPT, le trouble coexistant le plus fréquent est l’abus d’alcool ou de drogues. Des études révèlent

Les troubles coexistants :
La toxicomanie et le
traumatisme



que le TSPT constitue un facteur de risque pour l'abus et la dépendance de drogues

L'abus de drogues est très fréquent chez les personnes traumatisées : elles peuvent ainsi mettre leurs émotions en veilleuse et éviter la souffrance émotionnelle et profonde. Si le client a une dépendance, l'évaluation devrait prendre en considération la possibilité d'un impact résultant d'un traumatisme.

On estime que 25 % à 50 % des personnes qui participent à un programme de santé mentale ont un problème d'abus de drogues. Cette statistique est reflétée dans les établissements de désintoxication où l'on estime que 50 % à 75 % des clients souffrent d'un trouble mental.

Ces deux problèmes sont intimement liés, on ne peut pas les séparer. Si la personne n'avait pas vécu un traumatisme, elle ne prendrait pas de drogue pour mieux supporter la souffrance. Un problème déclenche un autre. Par exemple, la sobriété met souvent à jour des souvenirs et des souffrances émotionnelles irrésolus pouvant accabler la personne qui se tournera ensuite vers la drogue, l'alcool et des comportements à risque dans le but de maîtriser et de mettre en veilleuse ses émotions.

Beaucoup de maladies mentales sont provoquées par un traumatisme irrésolu de l'enfance. Fréquemment, les troubles tels que la dépression, les troubles de la personnalité et l'anxiété sont directement liés à un traumatisme irrésolu. Il arrive souvent que le traitement s'attaque aux symptômes actuels du "trouble", mais non à la racine du problème. Selon Judith Herman, "Les personnes ayant été maltraitées pendant l'enfance, tout comme d'autres personnes traumatisées, reçoivent un mauvais diagnostic et, donc, un traitement inadéquat dans le système des soins de santé mentale. En raison du nombre et de la complexité de leurs symptômes, le traitement est souvent fragmenté et incomplet." (Herman, 1992).



Il y a manifestement un lien fort entre le traumatisme, la maladie mentale et l'abus de drogues. Si on ne s'attaque pas à la racine du problème, les personnes continueront de prendre de la drogue pour maîtriser leur souffrance et enfouir les souvenirs et les sentiments négatifs liés au traumatisme. Par conséquent, un cycle négatif s'installe et piège ces personnes jusqu'à ce que le traumatisme et la dépendance soient traités. Il se peut aussi que ces personnes éprouvent beaucoup de honte parce qu'elles consomment de la drogue et qu'elles sont incapables de cesser; cette honte s'ajoute à celle qu'elles ressentent en relation avec le traumatisme.

Ces problèmes peuvent et devraient être traités en même temps pour éviter que la personne ayant vécu le traumatisme s'attaque à l'un des problèmes tout en négligeant l'autre. Afin de réduire la consommation de drogues, il faut s'attaquer à la source de la souffrance psychologique. Dans le cas contraire, les personnes traumatisées peuvent passer à travers les mailles des systèmes de services sociaux et de santé et, par ce fait, ne pas obtenir les soins adéquats. La position prise de " Vous devez vous sevrer [de l'alcool, la drogue] avant de vous attaquer aux problèmes dus au traumatisme " coince les personnes traumatisées.

La révision des antécédents de patients effectuée par la Dre Wendi Woo en 2012 au centre de santé Homewood à Guelph, en Ontario, souligne que les problèmes liés aux traumatismes ne sont pas résolus par le simple sevrage. Il est nécessaire de posséder des capacités pour maîtriser ses émotions et d'accepter les traumatismes du passé afin d'en diminuer les effets. En 2002, Lisa Najavits a élaboré une série de modules qui se penchaient sur les défis décelés dans les dépendances et le traumatisme, et a ensuite conçu des interventions pour aider les clients à maîtriser les rechutes, l'isolement social, l'anxiété sous-jacente et l'instabilité émotionnelle.

Sont également utiles des interventions semblables axées sur la prise de conscience, les pratiques auto-apaisantes et l'évaluation absente de jugement des pensées et des



émotions. La prévention des rechutes fondée sur la pleine conscience, un modèle de groupe piloté par G. A. Marlatt, et la thérapie comportementale dialectique de Marsha Linehan, peuvent aider à traiter les dépendances et les traumatismes. Dans le cadre de ces thérapies, on apprend aux clients à s'attaquer directement aux symptômes troublants qui les mènent vers d'autres comportements d'adaptation négatifs (Bowen & Vieten, 2012; Hayes & Levin, 2012).

Il est important de faire savoir aux personnes traumatisées qu'il est normal de recourir aux drogues afin de faire face aux émotions affligeantes et qu'il existe de l'aide pour leur permettre de diminuer ou cesser la consommation de drogues et de traiter les problèmes dus au traumatisme.

CODI

La Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders Initiative of Manitoba (Initiative manitobaine pour le traitement des troubles mentaux et des toxicomanies coexistants - CODI) consiste en une initiative collaborative avec l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW), la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances et Santé Manitoba. Pour obtenir plus de renseignements, consultez le site Web de l'ORSW.

“Je peux vivre ma vie sans craindre de me faire blesser de nouveau. J'ai encore peur parfois, mais je suis plus fort maintenant et je suis devenu une meilleure personne pour avoir vécu cette situation. Je sens que ma guérison s'est bien amorcée..”

-Personne ayant vécu un traumatisme



Le rétablissement après un traumatisme

Le rétablissement est l'objectif principal des personnes traumatisées, de leur famille et de leurs prestataires de soins. Le rétablissement ne signifie pas forcément que la personne est complètement libre des effets post-traumatiques. En effet, cette expérience, très intime, variera d'une personne à l'autre. En général, le rétablissement consiste en la capacité de vivre dans le présent sans être affligé par les pensées et les sentiments du passé.

Dans le cadre d'un système sensible au traumatisme, il est reconnu que chaque membre joue un rôle dans le rétablissement, de la réceptionniste au PDG.

Ce qui pourrait bien aider

Il est impossible de se débarrasser de tous les facteurs déclencheurs. Il y aura toujours des problèmes difficiles à résoudre, des événements bouleversants et des expériences désagréables. Il vaut bien mieux améliorer sa capacité de s'adapter. Nous savons que les schémas enracinés suite à la stimulation des neurones peuvent être changés grâce à la capacité que possède le cerveau de changer lui-même (Davidson, 2003).

Cultiver des relations saines, répondre aux besoins physiques essentiels (p. ex., sommeil, alimentation), avoir un logement adéquat, manger des aliments sûrs, tout cela permet aux gens d'avoir de meilleurs outils pour se rétablir d'un traumatisme. L'esprit, le corps et l'âme répondront en fonction de ces facteurs positifs, ce qui maximise la probabilité de guérison.

En outre, la pratique de la pleine conscience peut jouer un rôle important dans le rétablissement après un traumatisme en aidant à restructurer certaines parties du cerveau qui ont été



Définitions du rétablissement

“Un processus de changement grâce auquel les personnes peuvent améliorer leur santé et leur mieux-être, vivre une vie autonome et réaliser leur plein potentiel.” (SAMHSA)

“Le rétablissement de la santé mentale représente le parcours de guérison et de transformation que suit la personne souffrant d’un problème de santé mentale et qui lui permet de vivre une vie épanouissante et pleine de sens dans la communauté de son choix tout en tendant vers ses objectifs personnels.” (Département des Anciens combattants, États-Unis)

compromis par le traumatisme. La pleine conscience consiste à prêter attention aux sensations du corps, aux émotions et aux pensées dans l’instant présent, sans jugement (Williams et coll., 2007). La pleine conscience est fondée sur des millénaires de pratiques dans le cadre de diverses traditions de méditation. Les versions les plus courantes dans le monde occidental sont la réduction du stress par la pleine conscience, le yoga et le qi gong.

Des relations saines et des pratiques esprit/corps calment le système limbique. Des études récentes qui se sont penchées sur les changements effectués dans le cerveau des gens qui pratiquaient la méditation, ne serait-ce que pour une brève période, ont révélé que le système limbique de ces gens réagit moins et que la stimulation des neurones entre le cortex préfrontal (cerveau rationnel) et la région limbique (cerveau réactif) avait augmenté (Davidson, 2012). Ces changements montrent que les personnes qui pratiquent la méditation sont plus susceptibles de prendre un recul avant de réagir et, lorsqu’elles sont stressées, de choisir une voie plus sage pour remédier au problème.

D’autres études ont révélé que la thérapie cognitivo-comportementale, combinée avec les pratiques de pleine conscience, peut contribuer à prévenir une rechute chez les personnes susceptibles à la dépression clinique (Williams et coll., 2007), au trouble obsessionnel-compulsif (Schwartz, 1996) et aux dépendances (Marlatt, 2010).

Toutes les pratiques de pleine conscience ne doivent pas être réalisées en position assise. L’équipe du Dr Bessel van der Kolk, au centre pour les personnes traumatisées au Massachusetts, a montré que les femmes souffrant du TSPT “résistant au traitement” ont marqué une amélioration dans leur état après avoir participé à des cours de yoga pendant plusieurs semaines. Presque la moitié de ces femmes n’exhibaient plus de symptômes du TSPT (consultez l’article sur le yoga à www.traumacenter.org - en anglais seulement). Bien qu’il soit un peu tôt pour se prononcer de façon définitive, la nouvelle documentation laisse entendre qu’il existe de nombreuses façons de guérir d’un traumatisme.



Aspects importants du rétablissement après un traumatisme

Selon la Dre Judith Herman (1992), le rétablissement après un traumatisme se réalise en trois étapes:

- Sécurité et stabilisation
- Souvenir et deuil
- Retour à soi

Sécurité et stabilisation

La tâche essentielle du rétablissement est de favoriser la sécurité. Le client peut sentir qu'il n'a aucun contrôle sur ses émotions et sur d'autres problèmes qui découlent du traumatisme irrésolu. Afin d'aider le client à se rétablir, il faut l'aider à comprendre quels aspects de sa vie doivent être stabilisés et comment y arriver. Par exemple:

- Une personne qui a vécu un traumatisme peut avoir de la difficulté à réguler les émotions difficiles au quotidien, qu'elle ne liera pas forcément au traumatisme.
- Un prestataire de service peut aider le client à apprendre à réguler ces émotions.
- Ils travaillent ensemble pour stabiliser les émotions pour que la personne qui a vécu le traumatisme puisse commencer le processus de rétablissement. Il faut du temps pour réaliser ce processus (le délai varie d'une personne à l'autre).
- Il peut être très bouleversant pour certaines personnes ayant vécu un traumatisme, en particulier un traumatisme complexe, de parler de leur expérience ou des effets de leur expérience. Depuis récemment, des thérapeutes et des chercheurs explorent des moyens non verbaux de favoriser la régulation des émotions. Plusieurs études laissent entendre que la réduction du stress par la pleine conscience (RSPC) et l'acupuncture atténuent les émotions négatives et favorisent une évaluation plus posée des situations de vie



chez les clients atteints du TSPT (Hollifield, 2007; Davidson et coll., 2003). Ces pratiques fonctionnent bien dans le cadre d'une thérapie orale conventionnelle et assurent une plus grande stabilité au cours du rétablissement. L'acupuncture auriculaire a l'avantage supplémentaire de diminuer le besoin d'alcool et de drogues, en plus de favoriser le sommeil et une pensée plus lucide chez les clients qui y recourent de façon régulière (Stuyt, 2005). Cette méthode se prête bien aussi au travail auprès des réfugiés et des immigrants puisqu'elle est non verbale et qu'elle se rapproche des méthodes de la médecine traditionnelle de leurs propres cultures.

Souvenir et deuil

Métaphore pour créer une ambiance de sécurité:

“Se sentir émotionnellement submergé ressemble à une bouteille de soda que l'on agit. À l'intérieur de la bouteille, il y a beaucoup de pression. La meilleure façon d'alléger la pression est d'ouvrir et de refermer le bouchon de manière lente, prudente et délibérée afin d'empêcher une explosion.”

Rothschild, 2010

Dès que le client ressent la stabilité, il peut alors commencer à raconter le traumatisme, utiliser les mots et les émotions pour en parler et donner un sens à l'événement. Ce processus s'entreprind avec l'aide d'un psychothérapeute dans le cadre d'une thérapie individuelle et/ou de groupe. Il ne sera peut-être pas nécessaire de passer beaucoup de temps à cette étape. Toutefois, il sera nécessaire de continuer de veiller à la sécurité tout au long de cette étape. Veiller à établir un sentiment de sécurité permet au client de traverser cette étape de façon à intégrer le traumatisme plutôt que d'y réagir au moyen de la réaction de lutte, de fuite ou de paralysie.

Trouver le bon rythme est essentiel aussi. Le but n'est pas de “revivre” le traumatisme, ni de l'éviter. À cette étape, on explore aussi les pertes liées au traumatisme et on permet au client de faire le deuil et d'éprouver la tristesse découlant de ces pertes.

Retour à soi

La dernière étape du rétablissement consiste à se redéfinir dans le contexte de relations saines. Lorsqu'elles peuvent voir les événements qu'elles ont subis et comprendre que ces événements ne les définissent pas, de nombreuses personnes traumatisées peuvent ensuite comprendre les expériences



traumatisantes d'une façon différente. Le traumatisme n'est plus le principe autour duquel elles organisent leur vie. Il devient plutôt une partie de leur histoire qu'elles ne sont pas obligées de revivre.

Dans plusieurs cas, les personnes traumatisées se trouvent une mission par laquelle elles peuvent poursuivre leur guérison et leur croissance, telle que le travail auprès des jeunes ou le mentorat auprès de leurs pairs. Résoudre avec succès les effets du traumatisme est un témoignage vivant de la résilience de l'esprit humain.

D'autres aspects du rétablissement après un traumatisme

- Aider le client à trouver les services qui sont essentiels pour le rétablissement, tels que les services de santé physique et de santé mentale, les services de lutte contre les dépendances, les services de thérapie, les services de gestion de crise, les services conformes à la culture et les services de guérison traditionnelle.
- Collaborer avec le client pour trouver le sens du rétablissement selon lui.
- Respecter le contexte culturel du client et inclure des soutiens sociaux qui peuvent l'aider à établir un lien avec sa communauté.
- Encourager et aider le client à établir un lien significatif avec lui-même, les membres de sa famille dignes de confiance, les amis, sa culture et sa communauté.
- Aider le client à identifier les activités qui lui donneraient l'impression que sa vie a un but et un sens.



“Avoir vécu un traumatisme veut dire que je suis munie d’excellentes aptitudes d’adaptation, d’intuition et de résilience. Contrairement à ce que l’on peut penser, les personnes traumatisées peuvent fonctionner très bien et elles y arrivent souvent. Même si nous ne sommes parfois pas capables de prendre soin de nous-mêmes et de faire des choix sains, nous ne restons pas étrangers à nous-mêmes et nous connaissons nos besoins.”

Personne ayant vécu un traumatisme



La résilience des personnes traumatisées

De nombreux programmes de services sociaux sont tellement axés sur les problèmes qu'ils passent à côté des forces et de la résilience de la personne. Tout comme on consacre temps et énergie pour comprendre l'impact du traumatisme, il faut en consacrer autant pour comprendre la façon dont la personne a survécu au traumatisme, les forces qu'elle a déployées afin d'y survivre et comment sa résilience l'a aidée ou l'aidera à guérir.

Les approches les plus fréquentes auxquelles recourent les prestataires de soins de santé soulignent la pathologie ou la maladie et, par inadvertance, peuvent donner l'impression que la personne n'est pas bien plutôt que de comprendre que cette personne a subi quelque chose (Elliot et coll., 2005). Lorsqu'on travaille auprès de personnes traumatisées, il est extrêmement important de faire la distinction entre la personne elle-même et l'expérience qu'elle a vécue.

On devrait considérer le traumatisme comme une " blessure " dont on guérit avec le temps et du soutien. Il peut être très difficile pour les personnes traumatisées de croire que leur expérience ne les définit pas et de comprendre que le traumatisme ne s'est pas produit parce qu'il y a quelque chose de mal avec elles. La tâche des prestataires de service est de les aider à rendre cette distinction plus claire.

Les pratiques sensibles au traumatisme reconnaissent que les symptômes que présente la personne découlent des moyens qu'elle a choisis pour s'adapter à l'événement ou au contexte traumatisant. Il est important de valoriser la résilience, même si les comportements d'adaptation du passé causent les problèmes actuels. Comprendre qu'un symptôme est en fait un moyen d'adaptation diminue les sentiments de culpabilité et de honte souvent associés au traumatisme. En outre, cela augmente la capacité de la personne d'éprouver

La résilience
des personnes
traumatisées



de la compassion pour elle-même et fournit un cadre pour développer de nouvelles capacités et ressources pour favoriser le développement de nouveaux moyens d'adaptation face à la situation actuelle (Elliot et coll., 2005).

Le langage choisi pour parler avec les personnes traumatisées ou au sujet de celles-ci devrait aussi refléter la résilience plutôt que de servir d'une simple description. Dans le présent manuel, on a volontairement omis des termes tels que " victime " et " survivant " parce que ces termes prétendent que la personne " est " plutôt que de reconnaître qu'elle a été marquée par une expérience spécifique.

Lorsqu'on travaille sous l'angle de la résilience, on aide mieux les personnes traumatisées à comprendre qu'elles possèdent les capacités nécessaires pour guérir et se rétablir. Afin d'identifier et avoir accès à ces capacités, elles doivent recadrer leurs comportements d'adaptation et leurs connaissances pour les transformer en forces. À titre de prestataires de service, nous jouons un très grand rôle pour aider à développer de nouvelles pratiques sensibles au traumatisme.



"Parler avec le pasteur de mon église a énormément influencé mon rétablissement et ma décision pour commencer à faire face au passé. Il m'a mis à l'aise, comme si j'étais normal, et il m'a accepté tel que j'étais, même si je lui ai avoué avoir pris de la drogue et commis des crimes. Il semblait m'écouter attentivement et je ne me suis jamais senti mauvais ni stupide avec lui. C'était une nouvelle expérience pour moi. Je suis encore en contact avec lui et je donne des conférences aux réunions des AA à l'église."

Personne ayant vécu un traumatisme



Les prestataires de service

Les qualités essentielles pour travailler auprès de personnes traumatisées

Le travail auprès de personnes ayant subi un traumatisme peut être très difficile et épuisant sur le plan émotif. Ce travail peut aussi déclencher nos propres passés traumatisants. Les récits et les situations du client peuvent susciter plusieurs émotions chez le prestataire, notamment la tristesse, la pitié, la frustration, le désespoir, la colère et l'incrédulité. Le prestataire de service doit cultiver les compétences et les qualités énoncées dans la liste ci-dessous afin de bâtir une relation solide avec les personnes ayant vécu un traumatisme. Une relation solide entre le prestataire et le client est au cœur du rétablissement.

Empathie

Les personnes traumatisées ont besoin de sentir le soutien et la compréhension, pas la pitié. La pitié engendre la honte, tandis que la compassion favorise un rapport émotif (Briere, conférencier CODI, 2012). Par conséquent, au lieu de sympathiser, il vaut mieux que le prestataire de service fasse preuve d'empathie et de compassion en communiquant ses propres sentiments à la personne. Par exemple : " J'ai l'impression que ce qui est arrivé vous rend triste et vous fait souffrir. " Avec cette phrase, vous ne portez pas de jugement, mais vous démontrez que vous cherchez à comprendre ce que la personne essaie d'exprimer.

Compassion

La compassion est aussi importante pour le rétablissement du client que pour le bien-être du prestataire. Il s'agit d'une qualité qui peut être apprise et cultivée au sein de nos organismes et démontrée dans la façon dont nous traitons nos collègues, la façon dont les gestionnaires traitent leurs employés et, bien





entendu, la façon dont les prestataires interagissent avec les clients. La compassion se définit ainsi : “ ressentir la souffrance des autres et avoir la volonté de les aider “. En d’autres mots, la personne aidante éprouve un sentiment d’égalité et d’humanité commune face à la souffrance de l’autre (Briere, CODI conférencier, 2012).

Consultez la section sur la compassion, aux pages 104 à 107, pour mieux comprendre comment cultiver cette qualité importante

Capacité à parler ouvertement

Afin d’aider les personnes traumatisées, le prestataire de service doit pouvoir parler ouvertement des sujets, des sentiments et des expériences reliés au traumatisme. C’est à la personne qui a vécu le traumatisme de divulguer ces choses et il n’existe pas une seule façon de le faire. La quantité et la nature des renseignements ne comptent pas autant que l’attitude du prestataire de service. Par conséquent, si le prestataire donne l’impression d’être mal à l’aise ou incapable de dire certains mots, il communique au client qu’il ne veut pas entendre le récit. La capacité à comprendre la souffrance du client favorise un environnement pour la guérison.

Conscience de soi

Il importe que le prestataire de service comprenne bien ses propres traumatismes passés. Il est aussi essentiel qu’il soit conscient comment cela affecte ses propres croyances, valeurs, théories et préjugés se rapportant au traumatisme. Que le prestataire de service ait vécu un traumatisme ou non, il doit avoir un niveau de conscience de soi assez élevé pour lui permettre de reconnaître sa propre identité et la notion de son processus lorsqu’il travaille auprès des clients.

Si le prestataire de service est conscient de ses sentiments, de ses pensées et de la façon dont il se présente, les clients seront plus à l’aise pour discuter ouvertement de leurs sentiments. Si les personnes traumatisées peuvent ressentir cette aise, la relation d’aide sera d’autant plus solide.



La supervision clinique peut être un élément fondamental dans le processus de la conscience de soi. Elle permet aux prestataires de service d'examiner leurs propres expériences auprès des clients, favorisant ensuite l'établissement de frontières et de liens sains.

Prendre soin de soi

Il est important de nous occuper de notre mieux-être puisque celui-ci joue un rôle de poids dans notre capacité d'être à l'écoute des clients d'une manière significative et engagée. Non seulement il incombe au prestataire de service de prendre soin de lui-même, mais il incombe aussi à l'organisme de créer un environnement où il est possible et attendu de le faire.

Souplesse

Afin de pouvoir démontrer leur compassion envers les personnes traumatisées, les prestataires doivent faire preuve de souplesse dans le cadre de leur travail auprès d'elles. Par exemple, ils peuvent changer la routine ou les procédures habituelles afin de s'adapter aux difficultés qu'auraient certains clients face aux examens médicaux ou à l'espace de bureau.

Confort devant l'inconnu

Il se peut que le prestataire ne puisse pas s'identifier directement au traumatisme vécu par une autre personne. Cette situation peut susciter des sentiments d'inconfort et d'incertitude. Il est important de s'efforcer de demeurer ouvert et humble. De cette manière, la relation demeure intacte et les solutions et les possibilités peuvent se manifester.

Volonté d'apprendre du client

Le prestataire est souvent considéré comme l'expert. Toutefois, lorsque le prestataire se présente comme l'expert par rapport au client, le client peut se sentir inférieur. Cela peut finalement imiter la dynamique de pouvoir qui aurait pu caractériser le traumatisme vécu par le client. Vous n'êtes pas l'expert de la vie du client; il en est l'expert et vous devez être prêt à apprendre de lui. Lui permettre de vous faire connaître son monde est le meilleur moyen d'avoir plus de connaissances à son sujet



Volonté de comprendre l'expérience traumatisante du client en passant par un lien émotif

Afin d'établir un lien effectif et significatif avec la personne traumatisée, le prestataire doit établir un lien qui va plus loin que les simples faits et symptômes. Les sentiments et les émotions jouent un rôle primordial dans votre travail auprès du client. Ce lien permet au client de sentir que vous l'acceptez, vous le comprenez et vous vous en souciez sincèrement

Volonté de se mettre dans la peau du client

Pendant le parcours avec le client qui a vécu un traumatisme, le prestataire doit être prêt à se mettre dans la peau du client. De cette manière, il pourra renforcer les liens et approfondir sa compréhension de ce que la personne vit relativement au traumatisme. Se sentir compris a un effet sur le système nerveux. Se faire comprendre par une autre personne déclenche la même réaction dans le cerveau qu'un lien affectif sécurisant (Briere, CODI conférencier, 2012).

Capacité de réguler ses propres émotions

Vu les émotions intenses qui peuvent découler des discussions avec le client qui a vécu un traumatisme, le prestataire doit pouvoir réguler ses propres émotions et rester calme pendant et après le travail auprès de son client. Afin d'y arriver, il s'agit d'être conscient de soi-même et de son propre système nerveux et de ce qu'il faut pour réguler ce dernier. Si le prestataire est capable de développer ce niveau de conscience de soi, la porte est ensuite ouverte pour utiliser son propre système nerveux en tant qu'outil pour aider et soutenir son client.

Le client traumatisé peut donner l'impression d'être incapable de réguler ses émotions, alors il revient au prestataire de demeurer calme et de montrer qu'il peut réguler ses propres émotions. Le système nerveux régulé du prestataire peut éventuellement contribuer à réguler le système nerveux du client



Capacité de traiter le client sur un pied d'égalité

Afin d'éviter de présenter le client traumatisé comme étant malade, le prestataire doit traiter le client sur un pied d'égalité et reconnaître qu'il n'est ni moins fort, ni moins débrouillard. Lorsqu'on traite un client traumatisé sur un pied d'égalité, ses forces et ses ressources sont mises en évidence. Ce n'est pas le concept " nous " ou " eux ". Lorsque le prestataire projette l'image d'être " autre " que le client, il peut imiter la dynamique du traumatisme. Pouvoir démontrer un sens de rapport favorise un lien et une communication plus solides et, au bout du compte, la guérison.

Écoute attentive

Le prestataire doit être prêt à écouter attentivement à ce que lui raconte son client et faire preuve d'un intérêt sincère. Il encouragera ainsi le client à s'ouvrir et à communiquer les renseignements et les sentiments qui l'aideront à guérir. Faire preuve d'écoute attentive exige aussi qu'on soit à l'aise dans le silence.

Volonté de faire le bilan

Si le prestataire veut réussir à assimiler l'expérience, il est important qu'il puisse faire le bilan avec ses collègues concernant ses contacts avec les clients traumatisés. Il est normal de ressentir des émotions difficiles après des conversations traitant de traumatismes et de leurs effets. Vous êtes plus utile si vous pouvez communiquer vos sentiments et vos pensées aux autres.



On définit l'autocompassion comme étant "la bienveillance envers soi-même". Essentiellement, un traumatisme peut affecter la capacité de cultiver l'autocompassion, et donc le rétablissement après un traumatisme vise à nourrir et à faire croître cette capacité.



L'autocompassion

Afin d'aider le client à se rétablir, il est essentiel que le prestataire de service cultive l'autocompassion. La capacité d'éprouver la compassion à l'égard des autres dépend de notre capacité de cultiver la compassion à l'égard de nous-mêmes.

Comme nous l'avons déjà dit dans le présent manuel, les relations sécuritaires, sincères et de confiance se trouvent au cœur du rétablissement. La relation que l'on a avec soi-même est tout aussi importante au processus de guérison que les liens que l'on tisse avec les autres.

Toutefois, se traiter avec bienveillance peut sembler une idée étrange. Se rendre la vie plus facile peut être vu comme se justifier ou cultiver la pitié de soi (Neff, 2011). Nos pensées critiques alimentent des jugements sévères sur nos faiblesses que nous n'éprouverions jamais envers un ami. Nous nous disons des propos assez déconcertants. Tout comme la violence commise par d'autres, l'hostilité envers nous-mêmes a un effet négatif sur notre capacité de gérer le stress et elle est liée à une multitude de problèmes de santé mentale (Gilbert, 2008).

L'autocompassion est plutôt liée à une incidence moins élevée d'anxiété et de dépression (Neff, 2011). Certaines personnes ont plus de facilité à être bienveillantes envers elles-mêmes et peuvent prendre un recul face à la quête de perfection perpétuelle dans notre société. Pour les personnes qui ont de la difficulté à se traiter avec bienveillance, deux principaux chercheurs et thérapeutes qui travaillent sur la compréhension de l'autocompassion, Kristen Neff et Christopher Germer, ont noté que l'autocompassion peut être acquise (Germer, 2009; Neff, 2011).



Mme Neff a élaboré une intervention de groupe de huit semaines pour aider les gens à s'engager dans les pratiques de l'autocompassion qui intègrent des aspects de la méditation de pleine conscience et prennent appui sur les anciennes pratiques bouddhistes de " l'amour bienveillant ".

Dans le cadre de ces pratiques, et grâce au développement de la pleine conscience, les praticiens apprennent à remarquer quand leurs pensées glissent vers la culpabilité ou l'hostilité, reconnaissent qu'il s'agit d'un moment de souffrance et que la vie de tout un chacun comporte des difficultés, et transforment doucement leurs pensées hostiles en une vision plus compatissante de leurs gestes et circonstances (Neff, 2011).

Selon la tradition bouddhiste, la pratique de l'amour bienveillant est l'une des bases de la pleine conscience et un élément essentiel du progrès spirituel. Selon la psychothérapie, il est connu depuis longtemps que les gens qui ruminent leurs échecs et leurs circonstances sont plus susceptibles de souffrir de dépression (Williams, 2007). En outre, les émotions négatives puissantes liées à la haine de soi, telles que la honte, contribuent à l'isolement et aux sentiments d'impuissance (Gilbert, 2009).

Une personne capable de cultiver l'autocompassion sait qu'elle n'est pas la seule qui vit des périodes de lutte et de chagrin. Nous sommes des êtres qui vivent des difficultés simplement pour avoir été nés. Si nous nous permettons de ressentir l'amour bienveillant, pas en tant qu'idée abstraite mais en tant que sentiment concret, nous pouvons faire face aux difficultés, en tirer quelque chose et, si possible, prendre des mesures judicieuses afin de les changer.

L'autocritique sévère, tout comme l'intimidation subie par les autres, mine notre capacité d'apprendre. La majorité des victimes d'intimidation ont envie de se cacher. L'autocompassion nous permet d'apaiser notre cœur et notre esprit quand nous nous trouvons au milieu du problème et de



voir comment nous pouvons changer la situation, ou de trouver la sagesse d'accepter ce qui ne peut être changé (Germer, 2009). Nous commençons à nous voir comme étant dignes de bienveillance.

L'un des résultats les plus importants de l'autocompassion est la capacité accrue d'éprouver de la compassion à l'égard des autres. Si nous sommes conscients que tout le monde est dans le même bain, tout le monde vit la réalité de la lutte humaine, nous pouvons être empathiques à l'égard de la souffrance des autres. Les grandes traditions de sagesse du monde ont compris qu'il faut s'aimer afin d'aimer les autres.

La compassion n'est pas la pitié. La racine latine du mot signifie que l'on " souffre avec " les autres, on n'observe pas simplement la souffrance des autres. La vraie compassion est plus qu'un lien affectif, elle allume le désir de soulager la souffrance, d'essayer d'y remédier (Neff, 2011).

Pour apprendre comment cultiver l'autocompassion, visitez les liens de Mme Neff et M. Germer qui proposent également des méditations guidées téléchargeables:

www.self-compassion.org (en anglais seulement)

www.mindfulselfcompassion.org (en anglais seulement)

www.klinic.mb.ca (en anglais seulement)



“Se concentrer sur les forces du client permet d’engager celui-ci dans la voie de son propre processus de changement en inculquant un sentiment d’espoir relatif à la possibilité de changer et de créer une meilleure vie pour lui-même et pour sa famille.”

ARC Community Services, Madison, WI



Directives pour travailler auprès des personnes traumatisées

Perspective fondée sur les forces

Se concentrer sur les forces au lieu des faiblesses du client est à la base du travail auprès de toute personne, mais en particulier auprès des personnes traumatisées qui peuvent se voir comme foncièrement faibles en raison de leur expérience. Travailler à partir d'une perspective fondée sur les forces contribue à établir une relation de confiance. Une perspective sensible au traumatisme qui considère le traumatisme comme une blessure, permet de passer du paradigme axé sur la maladie au paradigme axé sur les effets, et de passer de la conversation " Qu'avez-vous? " à " Que vous est-il arrivé? "

Croissance post-traumatique

Le prestataire de service doit être conscient que les personnes traumatisées peuvent non seulement " survivre " au traumatisme, mais peuvent aussi réaliser ce que l'on nomme dans la documentation une " croissance post-traumatique ". Il est important de comprendre que cela est possible afin de favoriser l'espoir.

Les études laissent entendre que de 30 % à 70 % des personnes traumatisées signalent un changement positif et une croissance à la suite du traumatisme (Joseph & Butler, 2010). La croissance post-traumatique est définie comme " l'expérience vécue par les personnes dont le développement, du moins dans certains aspects, a dépassé ses capacités avant que la lutte avec les crises se produise. La personne n'a pas seulement survécu, mais elle a aussi vécu des changements importants qui vont au-delà du statu quo " (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ces personnes ont avoué que de profonds changements ont eu lieu dans leurs " relations, ainsi que [dans] le regard qu'elles portaient sur elles-mêmes et leur philosophie de vie " (Joseph & Linley, 2006).



Il est essentiel de comprendre que la croissance post-traumatique n'est pas le résultat direct du traumatisme. Elle consiste plutôt en la lutte individuelle menée par la personne suite au traumatisme (Tedeschi & Calhoun, 2004). Les personnes traumatisées reconnaissent, à la suite de leur croissance, certaines choses comme étant importantes à leur combat, entre autres, les relations au sein desquelles elles se sentent " nourries, libres ou valorisées " en plus de sentir qu'elles sont " sincèrement acceptées par les autres " (Woodward & Joseph, 2003). Lorsque le prestataire de service peut faire preuve d'une écoute active, attentive et compatissante afin d'aider et d'appuyer un client traumatisé, celui-ci peut donner un sens à son expérience et cela peut favoriser la croissance post-traumatique.

Dans le but de favoriser la croissance post-traumatique, il est important que le prestataire de service prenne garde de ne pas minimiser le traumatisme. En effet, les personnes traumatisées ne réalisent pas toujours une croissance post-traumatique, alors il est important de ne pas leur donner l'impression qu'elles ont échoué, ni de minimiser les effets du traumatisme. En outre, il faut être conscient que même s'il y a eu une croissance post-traumatique, la détresse ne s'est pas forcément dissipée. La croissance et la détresse peuvent se produire simultanément.

La croissance post-traumatique peut constituer à la fois un résultat et un processus. Il s'agit de maintenir l'espoir que l'on peut non seulement survivre à une expérience traumatisante, mais également vivre des changements positifs en conséquence. Se rappeler que ce n'est pas l'événement qui définit la croissance post-traumatique, mais bien le développement personnel du client et du prestataire de service, joue un rôle important dans le processus.

Les conversations avec les personnes traumatisées doivent avoir lieu dans un climat de compassion, d'empathie et d'humanité, et sans jugement. On met l'accent sur l'établissement d'une relation, ainsi que sur la capacité du client à passer outre et à guérir.



Cette approche non autoritaire présente le client comme étant l'expert de sa propre vie et comme une personne à part entière plutôt que comme une personne ayant une maladie physique ou mentale. Par conséquent, le traitement des symptômes de traumatisme englobe l'esprit, le corps et l'âme.

Comment parler aux personnes ayant vécu un traumatisme

Dans un message verbal, la façon de livrer les choses est ce qui importe le plus. Vous devez être conscient des mots que vous choisissez, ainsi que du ton et de la formulation de vos phrases et questions.

Quelques points importants

Considérez les points importants suivants lorsque vous parlez avec des personnes traumatisées:

- Si l'anglais ou le français est la langue seconde, veillez à ce que la personne comprenne le processus de rétablissement.
- Utilisez le niveau de langue qui correspond au niveau de compréhension du client.
- N'utilisez pas de jargon.
- Reconnaissez que la communication non verbale en dit autant que la communication verbale. Certaines personnes communiquent plus par le comportement que par les mots.
- Reconnaissez que le silence est un moyen de communication. Certaines personnes ne peuvent pas parler de leur problème ou il leur faut du temps avant d'être à l'aise.
- Clarifiez ce que vous ne comprenez pas ou ce qui prête à confusion. Certaines personnes parleront du traumatisme de façon indirecte. Par exemple : " Il me dérangeait " pourrait signifier " Il m'agressait ".



- Ne choisissez pas des mots qui indiquent des suppositions ou des jugements. Vos suppositions intérieures ne devraient jamais être reflétées par votre langage.
- Ne dites pas " il " pour désigner l'agresseur, ni " elle " pour désigner la victime, ou l'inverse. Nous savons que les victimes et les agresseurs peuvent être des deux sexes.
- Faites attention de ne pas choisir des termes comme " agresseur ", " auteur de l'agression ", etc., car il se peut qu'un parent ou un membre de famille ait commis l'acte. Il est plus approprié de parler du comportement que du caractère de la personne ou que de la définir à l'aide d'une étiquette. On suggère d'adopter des mots comme " s'est comporté(e) de façon violente "

Le langage et les suppositions

Si nous voulons que les personnes traumatisées nous entendent et partagent leurs sentiments et leurs besoins, il est important de surveiller notre langage et nos suppositions. Si nous abordons le client avec des croyances fondées sur des suppositions négatives, nous allons perpétuer le cycle de traumatisme et aggraver la situation. Vous trouverez dans la liste ci-dessous des suppositions fréquentes que les prestataires de service peuvent involontairement préconiser, ainsi que des suggestions pour transformer ces réactions nuisibles en croyances utiles qui contribueront au rétablissement de la personne.



| | |
|---|---|
| <i>"Cette personne est malade."</i> | <i>"Cette personne a vécu un traumatisme."</i> |
| <i>" Il/Elle est faible"</i> | <i>"Il/Elle est plus fort(e) pour avoir vécu un traumatisme."</i> |
| <i>"Il/Elle aurait dû déjà s'en remettre."</i> | <i>"Il faut du temps pour se rétablir d'un traumatisme. C'est un processus."</i> |
| <i>"Il/Elle invente cette histoire."</i> | <i>"Ce récit est difficile à entendre et d'autant plus difficile à raconter."</i> |
| <i>"Il/Elle veut de l'attention."</i> | <i>"Il/Elle demande de l'aide."</i> |
| <i>"Ne pose pas de question, il/elle sera bouleversé(e)."</i> | <i>"Parler du traumatisme permet à la personne d'en guérir."</i> |
| <i>"Il/Elle a une faible capacité d'adaptation."</i> | <i>"Il/Elle a des capacités de survie qui l'a mené(e) jusqu'ici."</i> |
| <i>"Il/Elle ne s'en remettra jamais."</i> | <i>"On peut guérir d'un traumatisme."</i> |
| <i>"Il/Elle aura des séquelles permanentes."</i> | <i>"Il/Elle peut changer, apprendre et se rétablir."</i> |



Poser des questions sur les expériences traumatisantes

Il est important d'avoir des connaissances relatives au traumatisme du passé. Il est aussi important de savoir comment, quand, où et pourquoi poser des questions, adaptées aux circonstances, sur le traumatisme, et reconnaître celui-ci d'une manière sincère et qui met la personne à l'aise. Il y a des fois où il n'est pas indiqué de parler du traumatisme et/ou où le prestataire de service doit consciemment orienter la conversation de sorte à empêcher que le client se sente submergé.

Lorsqu'on adopte des précautions universelles, on traite tout le monde suivant la supposition que tous ont vécu des expériences traumatisantes. Il est également important que chaque organisme établisse son propre protocole quant à la question du dépistage universel. On peut demander à une personne si elle a vécu une expérience traumatisante sans lui demander de décrire l'événement en détail. Toutefois, il est important que la personne sache pourquoi on lui pose les questions et qu'elle comprenne qu'elle n'est pas obligée d'y répondre.

Vous trouverez dans les pages suivantes une série de scénarios qui illustrent la façon de poser les questions sur un traumatisme et la réponse appropriée selon les différentes circonstances.

Comment est-ce que je dois poser une question sur le traumatisme si la personne ne le dit pas franchement mais donne des indications qu'elle vit des difficultés?

SCÉNARIO:

Vous êtes en conversation avec quelqu'un qui parle de sentiments, de comportements et de pensées qui indiquent qu'il vit avec un traumatisme irrésolu, mais il n'avoue pas qu'il a un problème. Vous n'êtes pas sûr comment vous y prendre, mais vous croyez qu'il faut aborder le sujet.



RÉPONSE APPROPRIÉE :

Demandez des clarifications à la personne ou demandez-lui de vous aider à comprendre ses sentiments, etc. Invitez-la à explorer davantage. Par exemple : " À votre avis, à quoi sont associés vos sentiments? "; " Je me demande si vous pouvez en dire plus sur les pensées et sentiments que vous avez mentionnés afin de m'aider à vous aider. "; " Depuis combien de temps avez-vous ces sentiments? "; et " Il est important et bien de prendre tout le temps nécessaire. "

RÉPONSE INAPPROPRIÉE:

Ne pas fournir un contexte pour expliquer pourquoi vous poser la question. " Vous avez dû être agressé " ou " Est-il possible que ce soit une expérience traumatisante du passé que vous n'avez pas encore assimilée et donc qui provoque ces sentiments? "

Et si en posant des questions relatives au traumatisme, je dis une chose inappropriée et que cela empire la situation?

SCÉNARIO:

Une personne décrit une expérience traumatisante commise par sa mère pendant l'enfance. La personne est très émue, ce qui vous attriste. Vous prenez le temps de réfléchir à la manière d'aborder la situation parce que vous voulez aider la personne, la faire sentir qu'elle est acceptée et à l'aise.

RÉPONSE APPROPRIÉE:

La situation ne sera pas empirée si votre réponse est valorisante, sans jugement et que vous acceptez les sentiments de la personne et son droit à ceux-ci. Par exemple, " Il semble que vous soyez dans une mauvaise passe, et c'est logique vu ce que vous avez déjà vécu. "



RÉPONSE INAPPROPRIÉE:

En faisant des commentaires qui minimisent ou ne tiennent pas compte des sentiments forts de la personne, vous pouvez empirer sa situation puisque ces commentaires peuvent renforcer les systèmes de croyances négatifs. Par exemple : " C'était il y a longtemps. Laissons cela de côté. "

Et si je formule mal ce que je voulais dire et que le sens que je voulais évoquer est perdu?

SCÉNARIO:

Une femme décrit une expérience traumatisante pénible lors de laquelle elle a été témoin de tueries dans son village, dans son pays natal. Vous éprouvez de l'empathie face à sa situation, mais vous dites...

RÉPONSE APPROPRIÉE:

Vous voyez qu'elle est mal à l'aise et vous comprenez que ce que vous venez de dire a été mal formulé. Vous dites : " Je suis désolé, ce n'est pas ce que je voulais dire. Ce que je voulais dire c'est que ça a été une expérience terrible et que je suis content que vous soyez en sécurité. " Cette réponse montre à la femme que vous êtes humain et que vous êtes capable d'avouer votre erreur.

RÉPONSE INAPPROPRIÉE:

" C'est terrible. Vous devez être contente d'habiter au Canada maintenant, n'est-ce pas? " Cette réponse diminue sa situation et fait la supposition que les choses vont désormais mieux

Et si quelqu'un divulgue un traumatisme et veut m'en parler, mais cela ne relève pas de mon rôle ni de mes responsabilités d'être thérapeute?



SCÉNARIO:

Une jeune femme dit qu'elle a été agressée sexuellement quelques mois auparavant. Elle parle assez longuement de la situation, vous demande des conseils et dit qu'elle voudrait en résoudre les effets qu'elle remarque récemment. Elle vous dit qu'elle est bien quand elle vous parle.

RÉPONSE APPROPRIÉE :

Il est important de reconnaître ses sentiments et qu'il faut du courage pour divulguer le traumatisme, mais il n'est pas nécessaire que vous offriez des conseils à la personne si cela ne fait pas partie de votre rôle. Il vaudrait mieux l'orienter vers le service qui convient à la personne et à sa situation. Vous pourriez lui dire, par exemple : " Vous traversez une période difficile et je vous remercie de m'en avoir parlé. Il semble que vous ayez beaucoup à dire et je me demande si une psychothérapie pourrait vous être utile. " Il est important de souligner la confiance que la personne a eue en vous en partageant son récit et de l'encourager à vous " faire confiance " encore concernant la recommandation vers un thérapeute.

RÉPONSE INAPPROPRIÉE ::

Bloquer la personne en coupant le contact : " Je ne suis pas thérapeute, je ne peux pas t'aider, mais voici le numéro de certains services. " Ou, inversement, essayer de fournir des conseils qui ne relèvent pas de votre compétence : " Je ne suis pas thérapeute, mais je peux essayer de vous donner les meilleurs conseils possible. "

Comment fait-on pour parler d'un traumatisme à un homme de sorte à ce qu'il soit plus à l'aise à discuter de ses sentiments et expériences?



SCÉNARIO:

Vous parlez avec un homme au milieu de la quarantaine qui dit que son enfance a été très difficile, qu'il avait peur de son père pendant presque toute cette période. Vous lui demandez si son père a été violent envers lui et il répond : " Ouais, il a été très méchant et il exprimait sa colère avec ses poings. Il pouvait aussi aller plus loin pour m'humilier dans ma chambre la nuit. " Vous croyez qu'il fait allusion à des abus sexuels.

RÉPONSE APPROPRIÉE:

Tenez compte de l'allusion qu'il a faite aux abus sexuels et valorisez son expérience. Par exemple : " Vous avez décrit la violence physique commise par votre père, et je sais que la violence peut aussi être d'une nature sexuelle. Est-ce de cela que vous parliez lorsque vous avez mentionné l'humiliation dans votre chambre? " L'homme dit : " Ouais, il m'a fait des choses que je n'aimais pas et je n'en ai jamais parlé avec qui que ce soit parce que j'avais peur qu'on trouve que c'était de ma faute et que j'étais gay. " Une réponse appropriée inviterait l'homme à reconnaître que ces jugements sévères sont des mythes répandus dans notre société. Par exemple : " La violence n'est jamais la faute de l'enfant; vous étiez dans une situation où vous n'aviez pas de choix. Les abus sexuels ne peuvent pas vous rendre gay puisqu'ils sont utilisés comme arme; pourtant, la société semble nous envoyer ce message. Il n'est pas facile de parler de ces choses. J'apprécie que vous me parliez de votre expérience. "

RÉPONSE INAPPROPRIÉE:

Si vous ne tenez pas compte de l'allusion faite aux abus sexuels, vous donnez le message que vous ne voulez pas en entendre parler. Par exemple : " Je connais beaucoup de gars qui ont été battus pendant l'enfance; c'est une bonne chose que vous soyez passé à autre chose. " Cette réponse ne tient pas compte de la possibilité d'abus sexuels et laisse à supposer que l'homme va mieux.



Ya-t-il des moments où je ne devrais pas poser de questions relatives au traumatisme?

SCÉNARIO:

Vous parlez avec une femme qui éprouve de forts sentiments de panique, d'anxiété et de désespoir. Elle paraît accablée, distraite et semble avoir besoin d'aide immédiate. Elle dit qu'elle est bombardée de souvenirs et de flashbacks dernièrement, s'est absentée du travail, pleure souvent et se sent un peu décrochée de la réalité. Elle a besoin d'aide tout de suite.

RÉPONSE APPROPRIÉE:

Tenez compte de ses sentiments et ses craintes, et considérez qu'elle est en état de crise et a de la difficulté à gérer ses émotions et à faire face au quotidien. Cette personne n'est ni physiquement ni mentalement capable de fonctionner comme il faut, alors si vous posez des questions relatives au traumatisme, vous risquez d'exacerber la situation en ajoutant à ses difficultés d'adaptation. Au lieu, vous pouvez demander : " Comment puis-je vous aider maintenant? Que doit-il se passer pour que vous sentiez que vous maîtrisez les choses? " Aussi : " Prenons quelques inspirations profondes ensemble. " Les inspirations profondes peuvent contribuer à réduire les sentiments de panique et d'anxiété.

RÉPONSE INAPPROPRIÉE:

" Il semble que vous soyez aux prises avec un traumatisme. Avez-vous le temps de parler des souvenirs et des effets? " Cette réponse met de côté les besoins immédiats de sécurité et de stabilisation dont a besoin cette femme et met plutôt l'accent sur les problèmes à long terme.



Est-il nécessaire que j'obtienne tous les détails relatifs au traumatisme afin de comprendre ce que la personne veut dire et ce qu'il lui faut pour guérir?

SCÉNARIO:

Vous parlez avec un ancien militaire qui dit que la guerre le suit toujours. Il a l'impression d'avoir quitté l'Afghanistan hier. Il se demande si cette souffrance l'accompagnera toujours.

RÉPONSE APPROPRIÉE:

Tenez compte de ce qu'il vous raconte, mais ne demandez pas de détails spécifiques ou le récit complet du traumatisme à moins que le militaire indique que cela l'aiderait à se rétablir. Il suffit de parler des sentiments et des effets du traumatisme pour favoriser la guérison et le rétablissement. Par exemple : " Il semble qu'une expérience comme la guerre peut vraiment nous suivre longtemps. Quels en sont les effets sur votre vie d'aujourd'hui? Qu'est-ce que vous ressentez en ce moment quand vous en parlez? " Ces questions mettent l'accent sur les effets actuels du traumatisme.

RÉPONSE INAPPROPRIÉE:

Si vous cherchez à obtenir le récit complet du traumatisme, y compris les détails d'incidents spécifiques, vous obtenez trop d'information qui ne favorisera peut-être pas le rétablissement. Par exemple : " Pouvez-vous commencer au début et me raconter en détail les expériences qui vous font encore souffrir? " Une telle question peut ramener la personne en arrière puisque les souvenirs sont si pénibles.

Et si je devenais frustré avec une personne parce que je pensais qu'elle dissimulait intentionnellement certains renseignements?



SCÉNARIO:

Vous parlez avec un homme autochtone dans la cinquantaine qui souffre de dépression. Il dévoile très peu ses sentiments et ne vous regarde pas dans les yeux. Lorsque vous lui posez des questions sur sa dépression, il fournit peu de renseignements et semble mal à l'aise, comme s'il ne voulait pas être là, même s'il est venu de son propre gré. Vous devenez frustré, impatient et vous vous demandez pourquoi il ne peut pas être " normal ".

RÉPONSE APPROPRIÉE:

Demandez-lui de vous parler de sa gêne et ce que vous pouvez faire pour le mettre à l'aise afin de l'aider à profiter de la rencontre. Cherchez à comprendre sa manière normale de communiquer et adaptez votre style.

RÉPONSE INAPPROPRIÉE :

Porter un jugement, laisser vos émotions influencer la qualité du service. Par exemple : " Je ne peux pas vous aider si vous ne me renseignez pas. "



“Je me suis soudainement affolée, je ne pensais qu’à une seule chose : “ S’il vous plaît, je veux juste me rendre à ma voiture, s’il vous plaît... ” J’ai commencé à courir et pendant tout ce temps, j’imaginai qu’on allait me violer. Quelqu’un appelait mon nom, c’était mon collègue qui courait après moi, il avait mon sac à main. La peur que j’ai éprouvée ce jour-là m’a effrayée. Je ne m’étais jamais vue comme cela.”

Conseillère d’orientation



Les effets ressentis par les prestataires de service : Les signes d'un traumatisme secondaire

Les effets ressentis par les prestataires de service

Le travail auprès de personnes traumatisées est exigeant. Comme dans toute chose, il y a de bons points – développer la force et la résilience, assister dans la croissance personnelle, favoriser le progrès et les changements incroyables – et des points difficiles – faire connaissance de la cruauté humaine, la souffrance et la vulnérabilité, et leurs effets dévastateurs sur les personnes auprès de qui nous travaillons.

Il y a eu maintes façons d'identifier ce qu'on appelle couramment le traumatisme indirect. Dans le passé, " la transformation qui s'opère en nous suite à l'exposition à la souffrance d'autres êtres vivants et de la planète " (van Dernoot Lipsky, 2010) a été identifiée de différentes manières.

Terminologie

Épuisement professionnel:

L'épuisement professionnel se produit sur une longue période et est plutôt lié à des facteurs de stress au travail (p. ex., manque de ressources pour réaliser son travail, réduction des effectifs, lourdeurs administratives, incapacité de la part de l'organisme de reconnaître les effets de l'exposition au traumatisme), qu'au travail lui-même réalisé auprès des clients traumatisés.

Usure de compassion:

L'usure de compassion est un terme vieilli/inexact qui laisse entendre que trop de compassion peut avoir des effets négatifs. Nous savons maintenant que si on éprouve de la compassion à l'égard de soi-même et des autres, on peut se protéger contre un traumatisme secondaire.



Traumatisme indirect:

Ce terme laisse entendre que l'on peut " attraper " un traumatisme quand on travaille auprès de personnes traumatisées, comme on attrape le rhume ou la grippe.

Traumatisme secondaire (réaction à l'écoute de récits de traumatismes):

Cette réaction se produit après qu'on a entendu les atrocités commises par les humains contre d'autres humains. C'est le résultat d'avoir absorbé les images, les odeurs, les sons, les sensations des récits racontés en détail par les personnes traumatisées et qui cherchent une façon de se libérer de leur souffrance (Santé Canada, 2001). Pour ce qui est des prestataires de service, le traumatisme secondaire consiste en l'effet résultant du travail réalisé auprès de personnes traumatisées.

Tout comme le fait d'être la victime principale d'un traumatisme transforme le regard que porte le client sur lui-même et le monde qui l'entoure, être témoin du traumatisme peut également avoir des effets. Les prestataires de service sont touchés par les expériences traumatisantes de leurs clients et sont exposés à la terreur, la honte et la tristesse de leurs clients. Les prestataires de service sont vulnérables vu leur sens de l'empathie, qui est un atout essentiel dans le processus de guérison. Toutefois, les prestataires de service doivent être conscients de l'équilibre entre l'empathie et les effets d'être exposés aux traumatismes des clients.

Il ne faut pas se demander " si ", mais bien " quand " et " comment " serons-nous affectés suite à l'écoute du récit des expériences traumatisantes de notre client.

Le traumatisme secondaire peut être considéré comme un risque professionnel presque inéluctable suite à l'écoute du récit des expériences traumatisantes. Tout comme le TSPT, le traumatisme secondaire se trouve sur un continuum. Plus le prestataire apprend du récit du traumatisme, plus il est susceptible de développer un traumatisme secondaire, surtout si sa capacité de traiter l'information est limitée en raison d'un " trop-plein " de récits de traumatismes (soit au travail, soit ses propres expériences traumatisantes). Les effets de l'exposition



à un traumatisme et les changements qui en résultent peuvent être superficiels, tandis que d'autres peuvent être profonds et changer la vie. Cela est normal et il est possible de gérer ces effets au sein d'un milieu de travail solide et doté de soutiens sociaux.

16 signes du traumatisme secondaire

(Tiré de Trauma Stewardship de Laura van Dernoot Lipsky, 2009)

Le travail auprès de personnes traumatisées peut affecter les prestataires de service. Ceux-ci peuvent éprouver un, deux ou plusieurs des symptômes dans la liste ci-dessous:

- Sentiment de désespoir et d'impuissance
- Sentiment qu'on ne peut jamais en faire assez
- Hypervigilance
- Diminution de la créativité
- Incapacité à accepter la complexité (noir ou blanc, bien ou mal, " nous " et " eux ")
- Habitude de minimiser
- Fatigue chronique/malaises physiques
- Incapacité à écouter/évitement intentionnel
- Moments de dissociation
- Sentiment de persécution
- Culpabilité
- Peur
- Colère et cynisme (pensées négatives)
- Incapacité à éprouver de l'empathie
- Dépendances
- Idées grandioses



Facteurs de risque

Il est important et pertinent de reconnaître que le travail des prestataires de service est influencé par leurs propres traumatismes. Nous savons que cela augmente le risque d'un nouveau traumatisme. Il est d'une importance primordiale que les prestataires de service reconnaissent que leurs propres traumatismes peuvent avoir une incidence sur le travail qu'ils font auprès de personnes traumatisées. Comme le TSPT, la honte et le secret peuvent ou vont augmenter la souffrance.

D'autres facteurs qui peuvent accroître le risque d'un traumatisme secondaire:

- Traumatismes antérieurs
- Surmenage
- Ignorer ses limites de santé
- Assumer trop de responsabilités
- Manque d'expérience
- Trop d'expérience (avoir fait le travail depuis un grand nombre d'années)
- Travailler auprès d'un grand nombre d'enfants traumatisés, en particulier les enfants victimes d'abus sexuels
- Travailler auprès d'un grand nombre de personnes aux prises avec des troubles dissociatifs
- Avoir trop de résultats cliniques négatifs (Bloom, 2003)

Maîtriser le traumatisme secondaire

Le traumatisme secondaire peut être prévenu si un organisme ou un système s'est engagé à créer un milieu sensible au traumatisme. Un milieu sensible au traumatisme donne la priorité à la création d'une culture de sécurité et de confiance pour le personnel et les prestataires de service, ainsi que les clients, les patients ou les résidents.



Un organisme sensible au traumatisme donne la priorité à la santé et au mieux-être du personnel et aide celui-ci à développer les aptitudes pour l'apaisement de soi, la maîtrise de soi, l'autocompassion et les soins personnels, comme on le propose aux personnes à qui on prodigue des services. Il faut un niveau adéquat de supervision, en particulier de la part de superviseurs qui connaissent les effets du traumatisme.

Le traumatisme secondaire peut être maîtrisé si le prestataire de service en reconnaît les effets négatifs et qu'il prend des mesures immédiates pour y répondre. Il est important que les prestataires de service comprennent la distinction entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle. Bien que l'empathie et un lien véritable soient au cœur du travail auprès de personnes traumatisées, les prestataires de service doivent pouvoir se détacher assez pour se nourrir l'esprit, le corps et l'âme. Si le prestataire de service n'a pas un lien avec lui-même, il aura de la difficulté à établir un lien avec ses clients. Les clients ont besoin d'un prestataire de service qui est bien et équilibré, et ce bien-être est la responsabilité du prestataire de service et de l'organisme pour lequel il travaille.

Tout comme les prestataires de service encouragent leurs clients à trouver des moyens de devenir plus centrés et de trouver des repères, les prestataires eux-mêmes doivent en faire autant.

Afin de se remettre d'un traumatisme secondaire, il faut en être conscient. D'ailleurs, c'est ce qu'on recommande aux personnes ayant vécu un traumatisme primaire. Les prestataires de service doivent aussi faire preuve d'autocompassion, apprendre à se détendre, s'apaiser, vivre des moments de joie et pouvoir " absorber le bon " (Hanson, 2005).

Voici le lien vers le document sur les émotions positives, qui exigent un certain niveau de conscience de soi.

www.rickhanson.net/wp-content/files/PositiveEmotions.pdf

(en anglais seulement)



Les responsabilités de l'organisme et du milieu de travail

Les milieux de travail et les organismes ont la responsabilité de créer un milieu psychologiquement sain. C'est-à-dire un environnement qui favorise les principes sensibles au traumatisme tels que la sécurité et la confiance, non seulement pour les personnes qui reçoivent les services, mais aussi pour celles qui les fournissent. Les milieux de travail sensibles au traumatisme donnent la priorité au bien-être du personnel, ainsi qu'à la communication ouverte et respectueuse; ce faisant, on contribue considérablement à aborder les effets et le besoin de guérison du traumatisme secondaire. Voici comment on peut y arriver:

- Reconnaître que les facteurs sont réels et légitimes, qu'ils ont un effet sur chaque personne ainsi que le personnel dans son ensemble
- Travailler en équipe
- Créer une culture pour contrer les effets du traumatisme
- Établir un système de valeurs clair au sein de l'organisme
- Énoncer clairement les tâches et les lignes directrices du personnel
- Obtenir un soutien du superviseur/gestionnaire
- Maximiser la collégialité
- Encourager le processus démocratique dans la prise de décisions et la résolution de conflits
- Mettre l'accent sur une hiérarchie nivelée
- Considérer que le problème affecte le groupe dans son ensemble et pas seulement une personne
- Se rappeler que l'approche générale sert à trouver des solutions, non à blâmer
- Prévoir un niveau de tolérance élevé pour les perturbations individuelles



- Communiquer de façon ouverte et efficace; assurer la transparence
- Prévoir un niveau de cohésion élevé
- Prévoir une souplesse considérable dans les rôles
- Se joindre aux autres pour faire face aux intimidateurs de l'organisme
- Éliminer toute sous-culture de violence
(Bloom, 2003)

www.workplacestrategiesformentalhealth.com

Le b.a.-ba pour aborder le problème du traumatisme secondaire

A

Prise de conscience:

Tenez compte de vos besoins, vos limites, vos émotions et vos ressources. Respectez tous les niveaux de conscience et toutes les sources d'information cognitive, intuitive et somatique. Pratiquez la pleine conscience et l'acceptation.

B

Équilibre:

Maintenez l'équilibre entre les activités, surtout le travail, le loisir et le repos. L'équilibre intérieur favorise une prise d'attention à tous les aspects de soi.

C

Lien avec soi-même:

Avoir un lien avec vous-même, avec les autres et avec quelque chose de plus grand. La communication fait partie de cette relation et brise le silence d'une souffrance non dite. Ces relations compensent l'isolement et font accroître la valorisation et l'espoir (Santé Canada, 2001).



Ressources

Ressources communautaires et provinciales

Dans notre site Web, www.trauma-informed.ca, nous maintiendrons une liste de ressources utiles internationales, nationales et provinciales avec les liens vers leurs sites Web. Voici un exemple des ressources au Manitoba:

CONTACT est l'entrepôt des données de ressources communautaires pour le Manitoba.

CONTACT constitue une des listes les plus complètes sur les ressources communautaires au Manitoba.

- Pour trouver des services de thérapie pour les personnes ayant vécu un traumatisme dans votre communauté, visitez le site de CONTACT à www.contactmb.org (en anglais seulement)
- Cliquez sur " Find " et saisissez le type de service que vous cherchez. Par exemple, en tapant " counselling and trauma ", plusieurs services à Winnipeg et au Manitoba s'affichent avec des descriptions et des liens vers les sites Web, s'il y a lieu.

Office régional de la santé de Winnipeg:

Programmes de santé mentale:
www.wrha.mb.ca/community/mentalhealth

Programmes de santé mentale:

www.rham.mb.ca (en anglais seulement)





Services de psychothérapie spécifiquement pour le traumatisme à Winnipeg

Fort Garry Women's Resource Centre

Psychothérapie pour femmes
1150, rue Waverley, unité A
Winnipeg, (Manitoba) R3T 0P4
(204) 477-1123
www.fgwrc.ca (en anglais seulement)

Klinic Community Health Centre

Rendez-vous pour thérapie (thérapie individuelle et de groupe)
pour adultes ayant vécu un traumatisme pendant l'enfance
870, avenue Portage
Winnipeg (Manitoba) R3G 0P1
204-784-4059
www.klinic.mb.ca/counsel-trauma.htm (en anglais seulement)

Immigrant Women's Counselling Services

Services de psychothérapie en violence familiale, adaptation
et stress post-traumatique, offerts aux femmes immigrantes et
réfugiées
323, avenue Portage, bureau 200
Winnipeg (Manitoba) R3B 2C1
204-940-2172
www.norwesthealth.ca/mind-spirit/immigrant-womens-counselling-services (en anglais seulement)

The Laurel Centre

Psychothérapie pour les femmes ayant des antécédents d'abus
sexuels et de dépendance
104, chemin Roslyn
Winnipeg (Manitoba) R3L 0G6
204-783-5460
www.thelaurelcentre.com (en anglais seulement)



Men's Resource Centre

Rendez-vous pour thérapie pour les hommes ayant vécu un traumatisme pendant l'enfance (thérapie individuelle et de groupe)

321, avenue McDermot, bureau 301

Winnipeg (Manitoba) R3A 0A3

204-956-6562

www.mens-resource-centre.ca (en anglais seulement)

Mount Carmel Clinic

Programme de mieux-être multiculturel : Services de psychothérapie culturellement adaptée pour les immigrants et réfugiés qui ont vécu des crises de la vie

886, rue Main

Winnipeg (Manitoba) R2W 5L4

204-582-2311

www.mountcarmel.ca (en anglais seulement)

Operational Stress Injury Clinic (Clinique pour blessures de stress opérationnel)

Un programme spécialisé de consultations externes destiné exclusivement aux anciens combattants des Forces canadiennes, aux membres actuels des Forces et aux membres admissibles du centre Deer Lodge de la GRC

2109, avenue Portage

Winnipeg (Manitoba) R3J 0L3

204-837-1301

www.deerlodge.mb.ca/osi.html (en anglais seulement)



Lignes d'écoute téléphonique de 24 heures

Ligne téléphonique Klinic: (204) 786-8686

Sans frais: 1-888-322-3019

Ligne téléphonique pour victimes d'agression sexuelle

Klinic: (204) 786-8631

Ligne téléphonique de prévention du suicide du

Manitoba: 1-877-435-7071

Ligne téléphonique pour victimes de violence familiale:

1-877-977-0007

Formation pour prestataires de service

Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances

(AFM) : Des cours sur les dépendances et les troubles coexistants figurent régulièrement à l'horaire.

www.afm.mb.ca

Formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (ASIST)

Ateliers réguliers sur la prévention du suicide, fournis dans divers endroits au Manitoba.

www.livingworks.net/programs/asist

Co-occurring Disorders Initiative of Manitoba (CODI) (Programme d'extension des services de troubles coexistants)

Neuf directives cliniques pour les clients ayant des troubles coexistants. Ces directives sont réservées aux formateurs, aux superviseurs cliniques et aux directeurs de programmes dans le contexte de la formation du personnel clinicien qui doit travailler auprès de personnes ayant des troubles mentaux et une toxicomanie coexistants



Crisis and Trauma Resource Institute Inc. (CTRI)

Services de formation et de consultation professionnels destinés aux particuliers, aux écoles, aux communautés et aux organismes touchés par les crises et le traumatisme ou qui travaillent dans le domaine.

www.ctrinstitute.com (en anglais seulement)

Klinic Community Health Centre

Ateliers fournis aux prestataires de service à Klinic et au sein des communautés de Winnipeg et dans la province sur la prévention du suicide, la violence familiale, les femmes et les femmes transgenres qui travaillent dans l'industrie du sexe, les adultes ayant subi des abus sexuels pendant l'enfance et l'acupuncture auriculaire.

www.klinic.mb.ca (en anglais seulement)

Sites Web et livres recommandés

CANADA

Fondation autochtone de guérison

www.ahf.ca

Association canadienne pour la santé mentale - Manitoba

www.manitoba.cmha.ca

Centre de toxicomanie et de santé mentale

www.camh.net

Center for Suicide Prevention

www.suicideinfo.ca (en anglais seulement)

Klinic Community Health Centre

Rapport final sur le Forum provincial du Manitoba sur le rétablissement suite à un traumatisme

www.klinic.mb.ca/docs/Provincial%20Forum%20Final%20Report%202007.pdf (en anglais seulement)



Ressource sur la santé mentale du Canada:

www.mhrc.mb.ca (en anglais seulement)

www.trauma-informed.ca

ÉTATS-UNIS

The National Center for Trauma Informed Mental Health

www.samhsa.gov/nctic (en anglais seulement)

The National Trauma Consortium (NTC)

www.nationaltraumaconsortium.org (en anglais seulement)

**Substance Abuse Mental Health services administration's
National Mental Health Information Centre (SAMHSA)
U.S.A.**

www.samhsa.gov (en anglais seulement)

The Trauma Center at JRI

www.traumacenter.org (en anglais seulement)

Livres pour les prestataires de service et ceux touchés par le traumatisme

Le site Web suivant contient une liste complète de livres traitant de divers domaines des traumatismes, destinés aux prestataires de service et aux personnes ayant vécu un traumatisme.

www.parentbooks.ca/Booklists.htm (en anglais seulement)



Annexe

Statistiques sur l'exposition au traumatisme psychique dans diverses populations au Canada et aux États-Unis États-Unis

Source: Blanch, Andrea and Shern, David, *Implementing the New "Germ" Theory for the Public's Health: A Call to Action*, publié par Mental Health America, 2011.

Le traumatisme est une expérience de vie chez les personnes qui utilisent les services de santé mentale publique, qui abusent de drogues et des services sociaux, ainsi que chez celles qui ont des problèmes avec la loi ou sont sans abri " (Blanch and Stern, pg. 10) Des antécédents de traumatisme apparaissent chez les personnes suivantes:

- 90 % des personnes dans les hôpitaux psychiatriques
- 92 % à 97 % des femmes sans abri ont subi des abus sexuels et de la violence physique
- 75 % à 93 % des jeunes impliqués dans le système de justice pour mineurs
- 50 % à 79 % des hommes qui ont subi des maltraitements avant l'âge de 12 ans ont été impliqués dans le système de justice
- Les hommes qui ont vu la violence à la maison sont 3 fois plus susceptibles de commettre la violence auprès de leur partenaire que les hommes qui n'ont pas vu de violence
- 80 % des femmes en prison ont subi des abus sexuels et de la violence physique
- Une étude réalisée en Californie a révélé que 100 % des hommes (n=16) dans le couloir de la mort ont subi de la violence très grave au sein de leurs familles d'origine et de la violence dans les foyers nourriciers
- La corrélation entre le score des expériences négatives vécues pendant l'enfance (ACE) et les maladies physiques et mentales se maintient; les coûts directs de ces états chroniques s'élèvent à 84 % des dépenses de soins de santé



- Un garçon ayant un score ACE de six ou plus est 46 fois plus susceptible de consommer de la drogue par voie intraveineuse qu'un enfant ayant un score de 0

Source: Gina Barton, *The Journal Sentinel*, 11 novembre, 2012 "Infant stress may alter brain function of girls". Article sur une étude longitudinale sur des paires mère/nourrisson et le stress d'être mère. Étude réalisée à l'université de Wisconsin. Dr Cory Burghy, auteur principal. Publié dans *Nature Neuroscience*, novembre 2012.

- On a mesuré le niveau de cortisol chez les mères et les nourrissons à des intervalles réguliers pendant la petite enfance
- Lorsque les enfants ont eu 18 ans, on a effectué une scintigraphie du cerveau afin de déterminer s'il y avait eu des changements au niveau de la structure que l'on pourrait attribuer à l'exposition au stress de la mère en début de vie. Les scintigraphies des filles révélaient des niveaux moins élevés de connectivité entre l'amygdale et le cortex préfrontal, ce qui peut compromettre la régulation en temps de détresse
- Au cours des entretiens, les filles signalaient un taux plus élevé d'anxiété et de dépression
- Les scintigraphies des garçons ne révélaient pas les mêmes réactions; des études plus poussées permettront de déterminer les différences entre les sexes relatives aux réponses à l'exposition au stress en début de vie

Source: Bifulco, Antonia et coll, (2002) *Exploring psychological abuse in childhood: II. Association with other abuse and adult clinical depression*, *Bulletin de la Menninger Clinic*, 66(3)241-258.

- Échantillon pris dans des communautés à risque élevé à Londres, en Angleterre, n=204 femmes adultes
- Une analyse rétrospective de l'exposition au traumatisme psychique pendant l'enfance a révélé une forte corrélation entre le traumatisme précoce et la dépression chronique à l'âge adulte



Source: New York Times, Tina Rosenberg, *For Veterans, a Surge of New Treatment for Trauma*, 26 septembre 2012.

- Un sondage récent de RAND a interrogé un échantillon de 2,4 millions de membres du personnel militaire qui ont servi dans le cadre d'opérations militaires dans le Moyen-Orient depuis la Guerre du Golfe. Un tiers des personnes interrogées ont déclaré qu'elles souffraient du TSPT, d'une lésion au cerveau traumatisante ou d'une dépression majeure; 5 % de ces personnes ont dit qu'elles souffraient des trois troubles en même temps
- Seulement la moitié de ces personnes ont cherché un traitement
- Il est attendu que le taux du TSPT augmentera, vu qu'un grand nombre de symptômes se manifestent
- Bien que les établissements de traitement pour anciens combattants (AC) consacrent plus d'argent pour traiter les anciens combattants ayant des problèmes de santé mentale, seulement 10 % de ceux qui reçoivent un traitement sont des AC des guerres en Iraq ou en Afghanistan, tandis que le reste des AC avaient servi dans des conflits antérieurs, notamment celui du Vietnam
- Le Dr James Kelly, directeur du National Intrepid Centre of Excellence, note que la nature du traumatisme cérébral empire les symptômes du TSPT et à de nombreuses reprises
- Bien que 40 % des membres du personnel dans les programmes de traitement constatent une amélioration ou guérissent du TSPT, le taux de décrochage est élevé en raison de la stigmatisation toujours associée à la santé mentale et les rigueurs de la thérapie cognitive par exposition prolongée que le système militaire favorise à l'heure actuelle



Canada

Abus de drogues

Source: *Coalescing on Women and Substance Use Violence, trauma and Substance Use*, BC Centre for Excellence in Women's Health, 2010,

www.coalescing-vc.org (en anglais seulement)

- Six centres de traitement pour les femmes ont sondé les clientes et ont trouvé que 90 % d'entre elles avaient subi une forme de violence pendant l'enfance, à l'âge adulte ou les deux
- 100 % des mères naturelles ayant un enfant atteint des troubles du spectre de l'alcoolisation foétale (TSAF) avaient subi des abus sexuels, de la violence physique et/ou psychologique et 80 % d'entre elles souffraient d'une maladie mentale non diagnostiquée

Source: Woo, Wendi and Harry Vedelago, *Trauma exposure and PTSD among individuals seeking residential treatment in a Canadian treatment centre for substance abuse disorder*, *The Canadian Journal of Addiction Medicine*, 3(1), 2012.

- Le document citait une étude réalisée à Winnipeg (2000) dont les résultats révélèrent que 37 % des personnes qui cherchaient un traitement pour une dépendance répondaient aux critères pour le TSPT
- Dans un sondage mené par Homewood en 2011, où n=187 avec un taux de réponse de 84 %; hommes=69 %; femmes=30,9 %; âge moyen, 43 ans
- 93 % des personnes interrogées ont signalé au moins une expérience traumatisante
- 84,5 % répondaient aux critères pour le TSPT, c'est-à-dire que l'événement était considéré comme une menace à la vie
- 50,8 % répondraient aux critères pour un diagnostic du TSPT aujourd'hui
- Les auteurs de l'étude ont noté que les symptômes du TSPT ne sont pas résolus par la sobriété



Source: Walton, G. et coll., High prevalence of childhood emotional, physical and sexual trauma among a Canadian cohort of HIV-seropositive illicit drug users. *AIDS Care*, 2011, 23(6)714-21.

- Sondage de 233 utilisateurs de drogues injectables; 35 % étaient des femmes
- 51 % ont indiqué qu'ils avaient subi de la violence psychologique et physique
- 36 % avaient souffert de négligence affective; 46 % de négligence physique
- 41 % avaient subi des abus sexuels
- Des taux élevés de violence étaient associés à des scores élevés de dépression clinique
- Des taux élevés de violence physique et d'abus sexuels étaient associés à des taux plus élevés d'incarcération

Immigrants et réfugiés

Source: Rousseau, C., et coll, *Appendix II: Post traumatic stress disorder: evidence review for newly arriving immigrants and refugees*, Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health, *Canadian Medical Association Journal*, 2011.

- Les nouveaux immigrants et réfugiés ont souvent vécu des expériences traumatisantes dans leurs pays d'origine; il est estimé que 9 % d'entre eux souffrent du TSPT, 5 % de dépression clinique
- 71 % des personnes atteintes de dépression souffrent également du TSPT
- On encourage les médecins à déceler les signes de troubles du sommeil, d'isolement social et d'un traumatisme sous-jacent au lieu de poser des questions sur des détails, ce qui peut entraîner un nouveau traumatisme
- L'accent devrait être mis sur l'aide pratique, c'est-à-dire aider la personne à s'établir et à créer des relations saines, avant de lui recommander des services directs pour traiter le traumatisme



Corrections

Source: Derkzen, D., et coll, *Mental health needs of female offenders*, Psychological Services, 2012, doi: 10.1037/a0029653

- Le nombre de femmes dans les établissements fédéraux au Canada qui ont besoin des programmes en santé mentale et en toxicomanie a augmenté de façon dramatique
- De 13 % en 1997-1998 à 29 % en 2008-2009
- La dépendance à l'alcool est particulièrement évidente chez les femmes autochtones
- Le dépistage et des programmes adéquats s'imposent

Source: Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel 2011-2012, Howard Sapers,

<http://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/annrpt/annrpt20112012-fra.aspx>

- 62 % des détenus admis dans un pénitencier du SCC sont désignés comme ayant besoin de services de suivi en matière de santé mentale
- Les délinquants ayant fait l'objet d'un diagnostic d'un problème de santé mentale avaient plus d'un autre problème de santé mentale, souvent une toxicomanie
- 50 % des délinquantes sous responsabilité fédérale disent avoir des antécédents d'automutilation, 85 % signalent avoir déjà été victimes de violence physique et 68 % admettent avoir déjà été victimes d'abus sexuels
- Le milieu carcéral est très bouleversant pour les détenus ayant des antécédents de violence et de problème de santé mentale et se trouver dans ce milieu peut aggraver leurs symptômes
- L'occupation double et les cellules d'isolement en particulier posent un problème pour ces détenus
- 21,7 % des incidents ayant nécessité un recours à la force impliquaient une situation où on avait déjà relevé un problème de santé mentale



- Au cours des 10 dernières années, le nombre de détenus autochtones a augmenté de 37,3 %, tandis que le nombre de détenus non autochtones a augmenté de 2,4 %

Forces canadiennes et anciens combattants

Source: Jean Rodrigue-Paré, *Trouble de stress post-traumatique et santé mentale du personnel militaire et des vétérans*, document de recherche, no de publication 2011-97-E, 14 octobre 2011, Bibliothèque du Parlement.

- À compter de juillet 2011, 30 000 militaires canadiens ont été déployés en Afghanistan
- Les symptômes du TSPT apparaissent plusieurs mois ou même plusieurs années après l'événement déclencheur qui les a précédés; il est estimé qu'au cours des cinq prochaines années, 2 750 militaires souffriront d'un TSPT grave et 6 000 autres de maladies mentales diagnostiquées par un professionnel
- 90 % des personnes atteintes du TSPT souffrent d'au moins un autre trouble psychiatrique, par exemple la dépression, l'anxiété, la consommation abusive d'alcool ou de drogues et les idées suicidaires
- Vu la prévalence vie entière des blessures de stress opérationnel (BSO), il est attendu que 30 % des soldats au combat présentent des symptômes du TSPT ou d'une dépression clinique
- " Actuellement, près des trois quarts des vétérans qui participent à un programme de réadaptation d'ACC après leur libération pour raisons médicales souffrent de problèmes de santé mentale. " (p. 7 du rapport).

Source: Bensimon et Ruddell, *Coup d'œil sur la recherche : Anciens combattants dans les établissements correctionnels canadiens, 2010, no B-46, Service correctionnel Canada*

- 2,8 % des détenus dans les établissements correctionnel canadiens ont servi dans les forces armées; il est attendu que ce chiffre augmente à mesure que les soldats rentrent de l'Afghanistan



- Les anciens combattants sont plus à risque pour le suicide que la population générale carcérale

Le sans-abrisme

Source: *Le rapport provisoire du projet Chez Soi, septembre 2012, publié par la Commission de la santé mentale du Canada.* www.mentalhealthcommission.ca

“Il est estimé que 150 000 Canadiens et Canadiennes sont sans abri et certains disent que le nombre atteint les 300 000.”

511 personnes sans abri à Winnipeg ont participé à un projet pilote à l'échelle nationale pour déterminer s'il est propice d'accorder la priorité aux logements sûrs. De ces 511 individus:

- 70 % étaient d'ascendance autochtone
- La plupart d'entre eux étaient dans la force de l'âge, une personne sur quatre avait moins de 30 ans et une sur six en avait plus de 50
- 63 % étaient des hommes et 36 % des femmes
- 40 % avaient des enfants de moins de 18 ans qui n'étaient pas à leur charge
- 40 % avaient des parents qui avaient fréquenté les pensionnats indiens et 12 % avaient eux-mêmes fréquenté les pensionnats indiens
- Presque 50 % avaient affaire aux Services à l'enfant et à la famille quand ils étaient enfants, plusieurs d'entre eux s'étaient trouvés dans des foyers nourriciers

Source: Van der Bree, M., et et coll., *A longitudinal Population-Based Study of Factors in Adolescence Predicting Homelessness in Young Adulthood*, Journal of Adolescent Health, 2009, 1-8.

- Cette étude britannique a révélé qu'une situation familiale difficile, des difficultés d'adaptation à l'école et des expériences de victimisation étaient les facteurs les plus fréquents qui poussaient les jeunes gens au sans-abrisme



Bibliographie

Fondation autochtone de guérison, (2003). *Aboriginal People, Resilience and the Residential School Legacy*. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation Publisher.

Rapport annuel du Bureau de l'enquêteur correctionnel, 2011-2012, Howard Sapers.
www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/pdf/annrpt/annrpt20112012-eng.pdf

ARC Community Services Inc. Madison Wisconsin. En ligne, mars 2013.
www.arccommserv.com

Assemblée des Premières Nations, Rapport final du Congrès national des Premières Nations sur les pensionnats indiens. (2005).

Baer, Judith C. (20 juillet 2012). Rutgers University: *Anxiety disorders in poor moms likely to result from poverty not mental illness, study suggests*.

Badenoch, Bonnie (2008). *Being a Brain-Wise Therapist*, New York, W.W. Norton.

BC Association of Aboriginal Friendship Centers (2010). *Honoring Our Elders: Elder Abuse and Prevention Awareness*. Pp: 4.

Bloom, S. L. (2003). Caring for the Caregiver: Avoiding and Treating Vicarious Traumatization. (sous presse) in *Sexual Assault, Victimization Across the Lifespan*, édité par A. Giardino, E. Datner and J. Asher. Maryland Heights: MO: GW Medical Publishing (pp. 459-470)

Bloom, Sandra L. (2009). *The Sanctuary Model: A Trauma Informed Operating System for Organizations*. Center for Nonviolence & Social Justice. School of Public Health, Drexel University.



Bowen, S. And Vieten, C. (2012) A Comprehensive Approach to the Treatment of Addictive Behaviours: The Contribution of Alan Marlatt in the Field of Mindfulness Based Interventions. *Addiction Research and Theory*, 20(3), 243-249.

Brach, Tara (18 janvier 2011). *True Refuge- Insights at the Edge*. Tami Simon of Sounds True interviews.

Brennan, Shannon et Dauvergne, Mia. Statistique Canada. Statistiques sur les crimes signalés à la police.

Briere, John (2012) Conférencier, CODI à Winnipeg, Manitoba. 2012.

Brokenleg, M. (2008). *Culture and Helping*. Présenté à Winnipeg, Canada, mars, 2008.

Campbell, Jeannie. (2011). Breaking the Silence: Trauma-informed Behavioral Healthcare. *National Council Magazine*. Numéro: 2; Pp:12.

Conseil canadien pour les réfugiés, (2002). *State of Refugees in Canada*: Montréal.

Centre de toxicomanie et de santé mentale. Statistiques sur la santé mentale et la toxicomanie. En ligne, août 2012.
www.camh.ca/en/hospital/about_camh/newsroom/for_reporters/Pages/addictionmentalhealthstatistics.aspx

Chansonneuve, Deborah. (2005). *Reclaiming Connections: Understanding Residential School Trauma Among Aboriginal People*. Préparé pour la Fondation autochtone de guérison. Ontario: Anishinabe Printing. Pp: 5.

Citoyenneté et Immigration. En ligne, 2012.
<http://www.cic.gc.ca/francais/ressources/statistiques/faits2012-preliminaire/02.asp>

Connors, Ed. (2013). Communication par courriel.



Courtois, Christine A. & Ford, Julian A., *Treatment of Complex Trauma*. New York: Guilford Press.

Courtois, C. A. & Ford, J. D. (Eds.). (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidenced-based guide*. New York: Cambridge University Press.

Davidson, R. And Kabat-Zinn, J. , et coll. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation, *Journal of Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.

Davidson, R. and Begley, S. (2012). *The Emotional Life of Your Brain*, New York, Hudson Street Press.

Ellerby, Johnathan H., (2005). *Working with Indigenous Elders*. Canada: Native Studies Press.

Elliot, E.E., Bjelajac, P., Fallot, R., Markoff, L.S. & Glover Reed, B., (2005). Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services for women. *Journal of Community Psychology*, 33, 462-477.

Fallot, Roger, Richard Bebout; Acknowledging and Embracing "the Boy Inside the Man", Trauma-Informed Work with Men, Chapter in *Becoming Trauma Informed*; Eds Poole, Nancy; Greaves, Lorraine, Centre de toxicomanie et de santé mentale (2012).

Feinauer, Leslie; Heath, Vaughn, Bean, Roy; Severity of Childhood Sexual Abuse: Symptoms Differences Between Men and Women; *The American Journal of Family Therapy*, Jun. 2007.

Felitti, V.J., et coll., (1998) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventative Medicine*, 14(4), 354-364.



Santé des Premières nations et des Inuits. Santé Canada. En ligne 2013.

<http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/indiresident/index-fra.php>

Germer, K. Christopher (2009) *The Mindful Path to Self-Compassion*, New York, Guilford Press.

Gilbert, Paul (2009), *The Compassionate Mind*, Oakland, New Harbinger Press.

Government of Manitoba. (2011). *Rising to the Challenge*.

Hanson, Rick (2005). *Taking in the Good: Key Points*. Website: www.rickhanson.net/wp-content/files/TakingintheGood.pdf

Hanson, Rick (2009). *Buddha's Brain*, Oakland, New Harbinger Press.

Harris, M. & Fallot, R.D., (2001). Using trauma theory to design service systems. *New Directions For Mental Health Services*, 89, 1-103.

Havig, K. (2008). The health care experiences of adult survivors of sexual abuse: A systematic review of evidence on sensitive practice. *Trauma, Violence, and Abuse*, 9, 19-33.

Hayes, Steven and Levin, Michael, (Eds), (2012) *Mindfulness and Acceptance for Addictive Behaviors: Applying Contextual CBT to Substance Abuse and Behavioral Addictions*. New Harbinger Press.

Herman, Judith M.D., (1992). *Trauma and Recovery*. Basic Books: New York.

Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada - Section de la protection des réfugiés. (2012).

Jennings, Ann PhD. (2004). *The Damaging Consequences of Violence and Trauma*.

www.nationaltraumaconsortium.org



Joseph, Stephen & Butler, Lisa D. (2010). Positive Changes Following Adversity. *PTSD Research Quarterly*. Vol: 21, No: 3, Pp: 2.

Joseph, Stephen & Linley, Alex P. (2006). Growth following adversity: Theoretical perspectives and implications for clinical practice. *Clinical Psychology Review*. Vol: 26. Pp: 1041-1053.

Kessler, RC; Sonuga, A, Bromet E, Hughes, M, Nelson, C.B. (1995) Post-Traumatic Stress Disorder in The National Comorbidity Survey; *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-60

Klinic Community Health Centre. (2011). *Are You Okay? A 4-Step Approach to Being Mentally Healthy*.

Linehan, Marsha (2012). Discours d'ouverture présenté le 28 avril au International Symposium for Contemplative Studies, 26-29 avril, Denver, Colorado.

Faits sur l'immigration au Manitoba. Rapport statistique 2010.

Marlatt, G. Alan (2010). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviours*, New York, Guilford Press.

McGee, Hannah, Garavan, R., Byrne, J., O'Higgins, M and Conroy, Ronan, M. (2010). Secular trends in child and adult sexual violence- one decreasing and the other increasing: a population survey in Ireland. *European Journal of Public Health*. Vol: 21, No: 1, 98-103.

Mueser, KT, Goodman, LB, Trumbetta, S.L., Rosenberg, S.D., Osher, F.C., Vidaver, R, et al (1998), Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 493-499

Organisation nationale de la santé autochtone. (2009). *Interviewing Elders Guidelines; en ligne*; 2013.
www.naho.ca/media-centre/interviewing-elders-guidelines



Najavits, Lisa M. (2002). *Seeking Safety: A Treatment Manual for PTSD and Substance Abuse*. Guilford Press: New York.

Neff, Kristin (2011). *Self Compassion a Healthier Way of Relating to Yourself*, New York, Harper Collins.

Porges, Stephen (2012). *Polyvagal Theory: Why This Changes Everything*, Interview with Ruth Buczynsky, The National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine.

Richardson, Jan I. (2001). Santé Canada. *Guidebook on Vicarious Trauma: Recommended Solutions for Anti-Violence Workers*. Pp: 29.

Robertson, C.L., Halcon, L., Savik, K., Johnson, D. Spring, M. Butcher, J. Westermeyer & J. Jaranson, (2006). *Somali, Oromo refugee women: trauma and associated factors*. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 577-587.

Paré, Jean-Rodrigue, *Trouble de stress post-traumatique et santé mentale du personnel militaire et des vétérans*, document de recherche, no de publication 2011-97-E, 14 octobre 2011, Bibliothèque du Parlement.

Rothschild, Babette (2010). *Trauma Essentials for Making Therapy Safer*. Présentation dans le cadre d'une conférence à Winnipeg, Manitoba. 2010.

Rousseau, C., et coll, *Appendix II: Post traumatic stress disorder: evidence review for newly arriving immigrants and refugees*, Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health, Canadian Medical Association Journal, 2011.

Saakvitne, K. W. & Pearlman, L. (1996). *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization*. The Traumatic Institute/ Center for Adult and Adolescent Psychotherapy. New York: Norton.

Site Web Saint Elizabeth, programme de soins pour aînés; en ligne, 2013;
www.saintelizabeth.com



Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). En ligne, août 2012.

blog.samhsa.gov/2012/03/23/definition-of-recovery-updated/

Sapolsky, Robert (2005). *Monkeyluv and Other Essays on Our Lives as Animals*, New York, Scribner.

Sareen, Jitender, Cox, Brian, J., Stein, Murray B., Afifi, Tracie O., Fleet, Claire and Asumdson, Gordon J.G. (2007). Physical and Mental Comorbidity, Disability, and Suicidal Behaviour Associated with Post traumatic Stress Disorder in a Large Community Sample. *American Psychosomatic Society*. No: 69; Pp: 242-248.

Schwartz, Jeffrey M. (1996). *Brain Block*, New York, Harper Collins.

Sexual Assault.ca. En ligne, août 2012.

www.sexassault.ca/statistics.htm

Siegel, Daniel J. (2010). *The Mindful Therapist: A Clinicians Guide to Mindsight and Neural Integration*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.

Statistique Canada. La violence familiale au Canada : un profil statistique. En ligne, juillet 2012. <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-224-x/2010000/aftertoc-aprestdm2-fra.htm>

Tedeschi, Richard G., & Calhoun, Lawrence G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*. Vol: 15, No: 1; Pp: 1-18.

The Sharing Circle website, The Seven Sacred Teachings; en ligne, 2013; www.thesharingcircle.com/sacred_teachings.html

Commission de vérité et de réconciliation du Canada, 2012. *Is sont venus pour les enfants*. chapitres un et six, pp. 10, 77 et 86.

United States Department of Veterans Affairs. AEn ligne, août 2012. www.mirecc.va.gov/visn3/recovery.asp



UNHCR, l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés, 2011. En ligne, site Web du Guardian News, mars 2013. www.guardian.co.uk/news/datablog/2011/jun/20/refugee-statistics-unhcr-data/print

Van Ameringen, Michael, Mancini, Catherine, Patterson, Beth & Boyle, Michael H. (2008). Post-Traumatic Stress Disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*. No: 14, Pp:171-181.

Van der Kolk, Besel (2012). *What Neuroscience Teaches Us about the Treatment of Trauma*, Entretien avec Ruth Buczysky, The National Institute for the Clinical Application of Behavioral Medicine.

Van Dernoot Lipsky, Laura with Burk, Connie. (2009). *Trauma Stewardship: An Everyday Guide to Caring for Self While Caring for Others*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers Inc.

Williams, Mark, Segal, Zindel and Teasdale, John. (2007). *The Mindful Path Through Depression*, New York, Guilford Press.

Woo, Wendi and Harry Vedelago, *Trauma exposure and PTSD among individuals seeking residential treatment in a Canadian treatment centre for substance abuse disorder*, The Canadian Journal of Addiction Medicine, 3(1), 2012.

Woodward, Clare & Joseph, Stephen. (2003). Positive change processes and post-traumatic growth in people who have experienced childhood abuse: Understanding vehicles of change. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Vol: 76; Pp: 267-283.

Yellow Horse Brave Heart, Maria (2003): The Historical Trauma Response Among Natives and Its Relationship with Substance Abuse: A Lakota Illustration, *Journal of Psychoactive Drugs*, 35:1, 7-13.



Notes





Notes



Sensibe au traumatisme



Centre manitobain
d'information et d'éducation
sur les traumatismes



Klinic Community Health Centre
870, avenue Portage
Winnipeg (Manitoba) R3G 0P1

trauma-informed.ca