



Réaction des victimes au traumatisme et
conséquences sur les interventions :
Étude et synthèse de la documentation



Réaction des victimes au traumatisme et
conséquences sur les interventions :
Étude et synthèse de la documentation

RR03VIC-2f

James K. Hill, Ph. D.



Centre de la politique
concernant les victimes



Division de la recherche
et de la statistique

Novembre 2003

*Les opinions exprimées dans le présent document sont
uniquement celles de l'auteur et ne représentent pas
nécessairement le point de vue du ministère de la
Justice Canada.*

Table des matières

Avant-propos	ii
Remerciements	iii
Principales conclusions	iv
Résumé	v
1.0 Introduction	1
2.0 Examen de la documentation	3
2.1 Processus du traumatisme.....	3
2.2 Sous-groupes de traumatismes : le rôle de la gravité	11
2.3 Effets du traitement cognitif des traumatismes	12
2.4 Stratégies d'adaptation	17
2.4.1 Utilisation de soutiens naturels.....	21
2.4.2 Utilisation de soutiens professionnels	24
2.5 Médicalisation du traumatisme.....	27
2.5.1 Liens avec les troubles DSM-IV	27
2.5.2 Application du concept de gestion du stress à la suite d'un incident critique (GSIC)	31
2.6 Effet des caractéristiques avant le traumatisme sur l'adaptation et le rétablissement.....	34
2.7 Choisir l'intervention en fonction du client : disponibilité du traitement	39
2.8 Conclusion de l'étude de la documentation.....	44
3.0 Incidences sur les victimes	45
3.1 Hétérogénéité des victimes : nécessité d'un éventail de services.....	47
4.0 Incidences sur les professionnels	50
4.1 Évaluation et dépistage.....	50
4.2 Intervention en fonction du client et éventail de services	51
4.3 Épuisement et traumatisme transmis par personne interposée	54
5.0 Lacunes de la documentation	56
6.0 Conclusion et recommandations	60
7.0 Bibliographie	63

Avant-propos

La connaissance de l'univers psychologique intérieur de la victime découle du travail des chercheurs aussi bien que des efforts des fournisseurs de services qui s'occupent des victimes. Les personnes spécialisées dans ce domaine font souvent preuve d'un intérêt pour les victimes qui dépasse le cadre normal de la recherche. De plus, la compréhension des changements psychologiques que subit la victime d'un crime est étroitement liée à la compréhension de son univers intérieur. Ces changements ont une influence directe sur la manière dont il faut considérer l'incident criminel, mais aussi sur l'adaptation subséquente. Dans le présent document, l'auteur a voulu plus particulièrement définir les changements cognitifs que subissent les victimes. L'objectif premier consiste toutefois à comprendre comment les caractéristiques de la victime, les changements cognitifs qu'elle subit et sa capacité d'adaptation influencent la compréhension clinique et les interventions. Cet objectif axé sur le traitement se reflète dans l'ampleur de la documentation retenue et dans la volonté de l'auteur de dépasser les limites de la recherche sur les changements cognitifs et les victimes d'un crime lorsque la documentation s'avère insuffisante. Cette approche exploratoire devrait constituer un guide utile pour l'élaboration future des politiques et des programmes, pour la recherche et pour les études cliniques.

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

Remerciements

L'auteur tient à remercier Dre Lara K. Robinson pour les observations utiles qu'elle a formulées à propos d'une version antérieure de ce document.

Principales conclusions

Les conclusions suivantes sont tirées de l'examen de la documentation sur la victimisation :

- La victimisation est un processus et non un événement en soi.
- Les victimes souffrent des changements cognitifs que provoque la victimisation.
- Il existe très peu de documents portant spécifiquement sur les changements cognitifs provoqués par la victimisation. Il faut pousser davantage la recherche, pure et appliquée, pour comprendre les changements cognitifs liés à la victimisation.
- La colère, la peur et l'évitement sont des réactions courantes à la victimisation. Mentionnons également la dépression, l'anxiété, la dissociation mentale, la recherche d'information et l'autonomisation.
- La victimisation a probablement un effet cognitif direct, car l'individu se redéfinit comme « victime », et indirect, en raison des changements qui accompagnent les réactions.
- Les caractéristiques du crime sont importantes lorsqu'on examine la réaction au traumatisme.
- La gravité du crime et de la blessure semble être plus importante que la nature spécifique du crime (p. ex. violence conjugale, voies de fait ou agression sexuelle) en ce qui concerne la manifestation des symptômes.
- Le soutien social, perçu et réel, est important pour atténuer les réactions au traumatisme.
- Le soutien social a un effet marquant sur la prise de décisions et la capacité subséquente de surmonter le traumatisme.
- Les victimes préfèrent les soutiens naturels (famille, amis) aux soutiens professionnels.
- Il existe peu de recherches empiriques sur la pertinence de jumeler les clients aux interventions ou sur l'efficacité de l'intervention en cas de crise.
- Les victimes ont besoin d'un éventail complet de services.

Résumé

Le processus de la victimisation ne s'arrête pas après la perpétration du crime. Les traumatismes associés au comportement criminel peuvent avoir des répercussions sur la façon dont les victimes se perçoivent et entendent leur monde et leurs relations. Les traumatismes et les pertes qui les accompagnent risquent de mettre en péril la perspective que l'on a de soi dans la vie. En outre, les effets psychologiques des traumatismes peuvent être de longue durée et risquent d'avoir un effet débilisant. La présente étude porte sur les changements cognitifs qui ont des répercussions sur toute la personne. La capacité de régler des problèmes, les habiletés d'adaptation, les relations personnelles, sociales et professionnelles, tout cela peut être compromis par les changements cognitifs. La présente étude et synthèse vise à repérer les changements cognitifs liés à la victimisation découlant du crime et à les relier aux enjeux cliniques entourant les interventions. L'une des grandes difficultés est qu'il existe peu de recherche empirique sur les changements cognitifs qui découlent de la victimisation. Ainsi, nous avons fait tous les efforts possibles pour inclure des domaines connexes pouvant éclairer le monde psychologique très complexe de la victime.

Quand on examine l'univers intérieur de la victime, il est difficile d'établir un profil psychologique lié à sa réaction. La réalité de la psychologie individuelle fait en sorte que chaque personne est différente et réagira différemment à un élément stressant, notamment au crime. Cependant, on peut discuter de certains effets psychologiques probables de la victimisation. Casarez-Levison (1992) a indiqué que les victimes pouvaient connaître la peur, l'humiliation, la gêne, la colère, la dépossession, le rejet et avoir des symptômes physiques. D'autres incluent certains des problèmes ci-dessus et y ajoutent la dépression, l'anxiété, l'hostilité, l'évitement, l'aliénation, une perte d'estime de soi et un besoin sans cesse croissant de soutien social tant chez les victimes de crimes avec violence que de crimes sans violence (Norris, Kaniasty et Thompson, 1997). Les traumatismes psychologiques associés à la victimisation peuvent venir perturber les sentiments de contrôle, d'attachement interpersonnel; ils peuvent provoquer de l'hypervigilance, des troubles du sommeil, l'apparition de souvenirs envahissants, l'anxiété, la colère, l'affliction et la dépression (Everly, Flannery et Mitchell, 2000). Sur le plan social et interpersonnel, la victimisation et le traumatisme qui l'accompagne peuvent avoir des répercussions sur une vaste gamme de systèmes, y compris la famille, les relations matrimoniales ou entre pairs, le monde de l'école et du travail, voire la collectivité dans son ensemble (Burlingame et Layne, 2001).

Pour comprendre le processus de la victimisation, Casarez-Levison (1992) a synthétisé plusieurs modèles et déterminé quatre étapes du processus de la victimisation : prévictimisation et organisation, victimisation et désorganisation, transition et protection ainsi que réorganisation et résolution du problème. Ce modèle suit la victime à partir du moment où le crime n'a pas encore été commis jusqu'à celui où elle doit faire face à l'événement criminel en passant par l'adaptation aux ramifications de l'événement criminel. Dans leur expérience, la plupart des victimes ressentiront un sentiment de déni et d'acceptation. Au moment où elles doivent s'adapter à leur nouveau rôle de « survivantes », elles remettent souvent en question la prévisibilité de leur monde, c'est-à-dire cette croyance que le monde est un endroit sûr et équitable. Cela vient remettre en question la croyance « au monde juste », à savoir que les bonnes choses arrivent aux bonnes personnes et les mauvaises aux mauvaises personnes (Resick et Schnicke, 1993). La gravité du crime et les caractéristiques préalables à la victimisation ont souvent des répercussions sur la façon dont la victime relève ces défis. Notons en passant que les

victimes ne reviennent pas à l'état dans lequel elles vivaient avant la victimisation, mais qu'elles sont changées pour toujours par ce phénomène. Les caractéristiques spécifiques du crime (gravité, recours à la violence, utilisation d'une arme, recours à la menace), les caractéristiques de la victime (habiletés d'adaptation, antécédents de violence, caractéristiques liées à la personnalité, éléments démographiques) et les caractéristiques des systèmes (réactions des autorités, soutien perçu et reçu) peuvent avoir des répercussions sur le niveau de détresse de la victime (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001; Norris et coll., 1997; Ozer, Best, Lipsey et Weiss, 2003). Cette détresse a une incidence sur l'adaptation subséquente.

Quand on examine les conséquences psychologiques du crime, il faut reconnaître que la victimisation est souvent un événement imprévisible qui contrecarre le déroulement normal de la vie de la victime. Les réactions cognitives et émotives peuvent se traduire par l'incapacité de sortir, l'évitement de stimulus liés au crime, le retrait social, la modification de ses activités, une dépendance accrue à l'égard des autres, la consommation abusive d'alcool et de drogue et des changements profonds du mode de vie (déménagement, interruption du service téléphonique, etc.). Environ la moitié des victimes d'un crime avec violence font état d'un niveau de détresse allant de modérée à extrême, y compris la dépression, l'hostilité et l'anxiété (Norris et coll., 1997). La gravité du crime a aussi des répercussions sur la détresse (colère, tension, tristesse), sur la sécurité (crainte, évitement), sur l'estime de soi (piètre estime de soi, sentiment d'infériorité) et sur la confiance (cynisme et pessimisme). Entre autres résultats cognitifs, mentionnons les problèmes de mémoire, la difficulté de prendre des décisions, la susceptibilité accrue à l'influence sociale, la désorientation, les problèmes de concentration et ainsi de suite. Bien que des symptômes puissent être présents durant l'événement criminel, on peut retrouver nombre d'entre eux après le crime si les problèmes ne sont pas réglés adéquatement.

En ce qui concerne l'adaptation, Norris et coll. (1997) ont signalé l'importance d'accéder à des sources de soutien naturel (famille, amis, etc.) et professionnel (policiers, avocats, membres du clergé, médecins, spécialistes de la santé mentale). Bien qu'en général les victimes préfèrent les soutiens naturels (Leymann et Lindell, 1992), environ 12 p. 100 d'entre elles font appel à des services de santé mentale, les victimes d'un crime avec violence étant plus nombreuses à recourir à ces services (Norris et coll., 1997). Entre autres stratégies communes de réaction, mentionnons la recherche d'information, le fait de mettre l'accent sur la survie, l'autocomparaison, la comparaison sociale, les activités permettant de reprendre le contrôle de soi, l'activisme, l'évitement, le déni et l'illusion sur soi-même, la dissociation mentale et, sur le plan cognitif, le rétrécissement de son champ de concentration. Les victimes ont à leur disposition de nombreuses stratégies possibles pour réagir et elles choisiront probablement une stratégie constituée d'un mélange d'habiletés cognitives, d'antécédents et de variables individuelles de la personnalité. La liste ci-dessus n'est toutefois pas exhaustive car chaque personne aura sa propre façon de réfléchir et de sentir et ces habiletés seront utilisées en synergie pour créer des stratégies et des comportements d'adaptation.

Dans l'examen des traumatismes et de la victimisation, une bonne partie de la recherche clinique s'est concentrée sur le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), l'anxiété et la dépression (Byrne et coll., 1999; Dempsey, 2002). Les chercheurs ont constaté que la violence et l'adaptation négative expliquaient 30 p. 100 de la variance du syndrome de stress post-traumatique, 11 p. 100 de la variance de l'anxiété et 20 p. 100 de la variance de la dépression (Dempsey, 2002). Ces troubles sont liés à la violence au travail (Rogers et Kelloway, 2000), à l'agression sexuelle (Byrne et coll., 1999), aux

agressions sexuelles durant l'enfance (Merrill, Thomsen, Sinclair, Gold et Milner, 2001), aux incidents critiques (Everly et coll., 2000), aux crimes avec violence (Byrne et coll., 1999) et à la violence conjugale (Wolkenstein et Sterman, 1998). Le syndrome de stress post-traumatique, en particulier, a été reconnu comme une conséquence relativement fréquente de la victimisation (Byrne et coll., 1999).

L'une des stratégies possibles permettant d'aborder les traumatismes chez les victimes est la gestion du stress à la suite d'un incident critique (GSIC). Elle consiste en une fusion de modèles d'intervention en cas de crise et de techniques de verbalisation psychologique de groupe (Everly et coll., 2000). Grâce à l'application de méthodes à grande échelle de préparation à la crise, à du counseling de crise aiguë individuel, à un processus de désamorçage, à des séances de verbalisation, à des interventions en cas de crise familiale et à des procédures de suivi, on espère pouvoir éviter les pires effets du traumatisme. Bien que l'on remette en question l'efficacité de cette gestion, cette approche reconnaît effectivement la nécessité d'offrir des services immédiats à la victime (Everly et coll., 2000). Les victimes d'un crime peuvent bénéficier d'interventions hâtives en cas de crise dans le but de les aider à relever les premiers défis qui se posent, plutôt que de se concentrer sur la réduction des résultats comme le stress post-traumatique, l'anxiété et la dépression, que la thérapie est peut-être mieux en mesure de régler (Calhoun et Atkeson, 1991).

Le modèle transthéorique de changement de comportement (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992) est un autre modèle à utiliser pour comprendre la façon dont les victimes s'adaptent aux interventions. D'après ce modèle, les gens traversent différents cycles de processus psychologiques et affichent différents comportements lorsqu'ils font face au changement. Les cinq étapes sont les suivantes : l'étape précédant l'intention (la personne n'a nullement l'intention de changer), l'intention (la personne est consciente de son problème et envisage sérieusement de changer), la préparation à l'action (elle a l'intention d'agir bientôt), l'action (la personne essaie activement de changer) et la persévérance (elle persiste dans le changement et évite la rechute). Le modèle transthéorique est en général assez utile pour différents problèmes et processus de changement. Il renferme également des recommandations permettant d'aider les gens à franchir rapidement le processus de changement. Cela pourrait être particulièrement pertinent pour aider à renvoyer les victimes aux services appropriés et à améliorer les résultats. Il existe peu de recherches sur l'application du modèle transthéorique aux interventions auprès des victimes, mais certaines indications laissent croire qu'il pourrait être utile.

Enfin, il existe plusieurs améliorations nécessaires pour établir une base solide de documentation sur les changements cognitifs liés à la victimisation. Le besoin premier est d'élargir cette documentation de façon considérable, car très peu de travail a été fait dans ce domaine. Ce faisant, les chercheurs devraient se concentrer sur la recherche longitudinale, qui permettra d'examiner la situation de la personne avant le crime et le changement, d'utiliser des méthodes et des mesures courantes, d'utiliser des groupes de contrôle et des groupes de comparaison, d'utiliser d'autres mesures de production de rapports et d'auto-rapports sur les rendements et de comparer l'adaptation normale à l'adaptation à la victimisation. La documentation pourrait également profiter d'un examen du traumatisme transmis par personne interposée aux soutiens naturels et de la recherche sur l'utilité de la gestion du stress à la suite d'un incident critique et du modèle transthéorique de changement de comportement pour les victimes. Enfin, toutes ces recherches devraient faire appel à des victimes réelles et ne pas exclure les cas plus difficiles.

En conclusion, il est évident que les victimes subissent des changements cognitifs et émotionnels dans le processus de la victimisation. Celles qui ont besoin de services doivent accéder rapidement aux interventions appropriées. Le jumelage des clients aux services pourrait être fondé sur la gravité du crime. Malheureusement, une bonne partie de cela n'est que conjectures car il existe peu de recherches dans le domaine. On peut venir en aide aux victimes si on améliore la recherche, si on associe les clients aux traitements, si on offre un vaste éventail de services et des traitements pratiques de soutien, si on intervient pour prévenir d'autres victimisations et si on aide les fournisseurs de services. L'information, l'intervention en cas de crise, le soutien, les interventions de groupe et la thérapie individuelle intensive font tous partie de ce vaste éventail de services.



1.0 Introduction

Le processus de la victimisation ne s'arrête pas après la perpétration du crime. Les traumatismes associés au comportement criminel peuvent avoir des répercussions sur la façon dont les victimes se perçoivent et entrevoient leur monde et leurs relations. Selon la théorie, les traumatismes et les pertes qui les accompagnent risquent de mettre en péril la perspective que l'on a de soi dans la vie (c'est-à-dire compromettre des aspects importants de l'idée de soi-même) et les idées qu'elle entretient au sujet de la compréhensibilité et de la signification des événements. En outre, le traumatisme ne prend pas fin dans le domaine physique; les conséquences psychologiques du traumatisme peuvent être durables et avoir des effets débilissants. La présente étude s'intéresse plus particulièrement à l'une des conséquences possibles de la victimisation découlant du crime, soit les changements cognitifs. L'examen de la victimisation révèle toutefois qu'il est très difficile de s'en tenir à un facteur psychologique en particulier, car on constate que tout changement cognitif a une incidence sur l'ensemble de la personnalité. La capacité de régler des problèmes, les habiletés d'adaptation, les relations personnelles, sociales et professionnelles, tout cela peut être compromis par les changements cognitifs. La présente étude et synthèse vise à repérer les changements cognitifs liés à la victimisation découlant du crime et à les relier aux enjeux cliniques entourant les interventions. Cela nécessite toutefois une approche qui s'élargit à mesure que l'on découvre les aspects complexes de l'univers psychologique de la victime.

La présente étude était difficile à réaliser en raison du volume peu élevé de recherches empiriques portant sur les changements cognitifs liés à la victimisation. Fort heureusement, il est possible d'extrapoler des conclusions des domaines de recherche connexes et de généraliser à cette question, mais il faut le faire avec prudence. Par exemple, les recherches sur les effets du traumatisme peuvent être applicables aux victimes. On peut alors étudier les changements cognitifs se rapportant au traumatisme et extrapoler les résultats aux victimes qui subissent un traumatisme attribuable à la victimisation. C'est pourquoi la présente étude doit être considérée comme un premier pas vers la compréhension des aspects complexes des changements cognitifs.

Même s'il est inhabituel de commencer un ouvrage comme celui-ci en faisant des mises en garde, il est important de rappeler ici quelques points que le lecteur doit garder à l'esprit :

Premièrement, dans toute discussion portant sur les victimes (le processus de la victimisation, les changements que subissent les victimes ainsi que le classement et le traitement des victimes), il est possible et compréhensible de perdre de vue l'ensemble du système. Il est important de rappeler que les victimes se trouvent en fait dans un système plus vaste, parfois pathologique, qui peut continuer d'être la source de difficultés et de traumatismes. Comme le rappelle Gorman (2001), il faut éviter de limiter son intérêt aux caractéristiques particulières de la victime et de laisser de côté l'injustice inhérente à la victimisation. À la lecture du présent document, il faut se rappeler que même si l'accent porte essentiellement sur l'univers intérieur et intrapsychique de la victime, il ne s'agit là que d'un seul aspect de la victimisation. Même si l'auteur a pris les précautions nécessaires pour éviter de faire porter le blâme à la victime, diverses études portant sur certains aspects de la victimisation, comme les facteurs de risque de victimisation, pourraient être mal interprétées. L'objectif de la présente étude est de comprendre, et non pas de blâmer.

Deuxièmement, une grande partie des études examinées dans le présent document portent à la fois sur les victimes reconnues officiellement (c'est-à-dire celles qui ont eu des contacts officiels avec le système de justice pénale) et sur celles qui ont déclaré elles-mêmes avoir été victimes d'un acte criminel (certaines d'entre elles ayant communiqué avec des représentants du système de justice pénale, d'autres non). Cette situation s'explique par le fait qu'il fallait disposer d'un vaste échantillon afin de comprendre le mieux possible comment la victimisation exerce son influence dans l'univers cognitif et affectif de la victime et sur son comportement. Cependant, comme cette conception globale de la question a une incidence sur la généralisation à tout groupe donné, il faut faire preuve de prudence dans l'interprétation des résultats. Le présent document servira surtout à élaborer des hypothèses et à vérifier les nouvelles recherches et méthodes d'intervention.

Troisièmement, les résultats de la recherche, dans la mesure du possible, portent sur les victimes d'actes criminels. Toutefois, pour mieux comprendre les changements cognitifs, nous avons inclus d'autres groupes afin de combler certaines lacunes. En règle générale, ces groupes comprennent des personnes victimes d'autres types de traumatismes (guerre, accidents, catastrophes naturelles) ou de pertes. Il est certainement possible d'établir des parallèles entre ces différents groupes, mais rappelons encore une fois la nécessité d'effectuer des recherches encore plus poussées sur les victimes d'actes criminels.

Enfin, dans le présent document, le terme « victime d'un acte criminel » désigne toute personne qui a vécu directement un acte criminel ou accompagné de violence et qui en a subi des séquelles. Cette définition ne nie pas pour autant l'existence des torts subis par les proches ou les soutiens des victimes et causés par personne interposée. Les soutiens des victimes, en effet, peuvent aussi subir des conséquences psychologiques, sociales et financières (selon la nature du crime) et éprouver beaucoup de problèmes semblables à ceux des victimes. Cependant, la présente étude porte sur les victimes premières d'actes criminels; il sera question des victimes secondaires lorsque la situation le nécessitera.

Cela étant dit, l'étude et la synthèse présentées ici réunissent un large éventail de travaux de recherche et d'études appliquées qui mènent à une meilleure connaissance de l'univers de la victime. Les changements cognitifs exercent une influence profonde sur la victime, ses habiletés d'adaptation, sa capacité de résoudre des problèmes, son comportement et son réseau social. Il est permis de supposer que la victimisation provoque peu de changements psychologiques chez certaines victimes (p. ex. dans le cas de crimes mineurs où il n'y a aucun contact avec le criminel), tandis que pour d'autres la victimisation constitue un phénomène durable qui bouleverse leur vie. L'objectif de la présente étude est d'examiner la documentation consacrée à cette question et quelques incidences des conclusions qui en découlent.

2.0 Examen de la documentation

2.1 Processus du traumatisme

On peut envisager la victimisation de différents points de vue et notamment dans une perspective sociale, juridique, économique ou politique. La présente étude de la victimisation porte sur le traumatisme considéré dans une perspective psychologique. Ce choix est justifié par le fait que c'est sur le plan individuel que la victimisation exerce son effet le plus profond. La manière dont une personne réagit à un acte criminel exerce une influence sur l'ensemble de sa vie personnelle et sur la vie des personnes qui l'entourent. Les changements consécutifs à la victimisation peuvent compromettre l'équilibre du système familial, professionnel, éducatif et culturel. Lorsqu'on examine les réactions cognitives, affectives et comportementales que provoque habituellement la victimisation, on peut commencer à découvrir la dynamique de la victimisation sur le plan personnel. Cette manière de procéder a des incidences sur les méthodes de traitement et d'information.

La présente étude examine en premier lieu comment les gens réagissent au processus de la victimisation, en insistant sur l'aspect cognitif. Le deuxième point porte sur les changements cognitifs, c'est-à-dire la modification des schèmes de pensée que les chercheurs lient à la victimisation. La section suivante porte sur un sujet connexe, soit les stratégies d'adaptation auxquelles les victimes ont habituellement recours et les questions se rapportant aux problèmes que peuvent éventuellement éprouver les victimes. Enfin, le traitement fait l'objet d'un examen dans l'optique de l'objectif de la présente étude. En premier lieu, le document explique en quoi consiste la victimisation et ses effets psychologiques.

Il demeure difficile de définir un profil psychologique correspondant à la réaction de la victime. La réalité de la psychologie individuelle fait en sorte que chaque personne est différente et réagira différemment à un élément stressant, notamment au crime. Cependant, on peut discuter de certains effets psychologiques probables de la victimisation. Selon Casarez-Levison (1992), les victimes d'un crime peuvent éprouver des sentiments de peur, d'humiliation, d'embarras, de colère, de privation ou de rejet ainsi que divers symptômes physiques comme des nausées, des troubles digestifs, de la tension musculaire, etc. À ces problèmes, d'autres auteurs ajoutent la dépression, l'anxiété, l'hostilité, l'évitement, l'aliénation, la diminution de l'estime de soi et la recherche accrue de soutien social, aussi bien chez les victimes de crime avec violence que chez les victimes de crime sans violence (Norris, Kaniasty et Thompson, 1997). Le traumatisme psychologique associé à la victimisation peut aussi compromettre l'autoefficacité (c'est-à-dire le sentiment de maîtriser son environnement) et l'attachement interpersonnel et provoquer l'hypervigilance, des troubles du sommeil, des souvenirs envahissants, l'anxiété, la colère, l'affliction et la dépression (Everly, Flannery et Mitchell, 2000). Sur le plan social et interpersonnel, la victimisation et le traumatisme peuvent aussi exercer une influence négative sur plusieurs systèmes, comme la famille, les relations conjugales et amicales, les rapports à l'école ou au travail et même la collectivité dans son ensemble (Burlingame et Layne, 2001).

Pour tenter de comprendre le processus de la victimisation et les tentatives subséquentes d'adaptation, Casarez-Levison (1992) a procédé à l'examen et à la synthèse de plusieurs modèles théoriques qu'utilisent les chercheurs et les théoriciens pour comprendre comment les gens vivent un traumatisme. Son modèle suit la personne en couvrant la période qui précède le crime, le crime lui-

même et ses conséquences immédiates, les premiers stades de l'adaptation et de la réorganisation et enfin la résolution du problème. Ce modèle comprend les stades suivants :

Stade 1 : Prévictimisation et organisation. Ce stade caractérise le degré d'adaptation de l'individu avant la victimisation. Il englobe ses forces et ses caractéristiques individuelles, ses ressources économiques et sociales et ses soutiens culturels. Autrement dit, c'est la manière dont la personne avait l'habitude de vivre et de subir le stress quotidien avant d'être victime d'un crime (Casarez-Levison, 1992). De nombreux auteurs ont souligné que les victimes actuelles d'un crime ont souvent des antécédents de victimisation (Byrne, Resnick, Kilpatrick, Best et Saunders, 1999; Messman et Long, 1996; Norris et coll., 1997; Nishith, Mechanic et Resick, 2000). Il est donc fort probable que la manière dont l'individu a résolu les victimisations antérieures ait une influence sur la manière dont il va résoudre une récente victimisation. Plusieurs sections, plus loin dans le présent rapport, décrivent plus en détail les effets modérateurs que certaines caractéristiques de la prévictimisation peuvent exercer sur l'adaptation subséquente de l'individu.

Stade 2 : Victimisation et désorganisation. Ce stade caractérise l'acte criminel proprement dit ainsi que les premières heures et les premiers jours suivant le crime. L'individu est maintenant une victime et éprouve probablement des sentiments de menace, de dissociation, de désorganisation, de blessure (physique, affective ou mentale), une certaine forme de perte (physique, matérielle ou psychologique) et un stress traumatique. Casarez-Levison (1992) postule que les victimes éprouvent souvent des réactions comme la détresse, la colère, de l'indifférence, un état de choc, la crainte et l'affliction. De plus, comme nous l'avons mentionné déjà, le modèle montre que chaque individu vit une expérience unique qui dépend de ses différences personnelles et de ses caractéristiques avant la victimisation. De toute évidence, ces caractéristiques ont aussi une influence sur la gravité de la réaction. Les individus ont aussi des aptitudes différentes en ce qui concerne l'emploi des habiletés d'adaptation, la résolution des problèmes et la gestion des émotions (Casarez-Levison, 1992). En termes très simples, « lorsqu'une personne est aux prises avec ce genre d'ennui (la victimisation), les ennuis commencent » (Hagemann, 1992, p. 60 [traduction]).

Stade 3: Transition et protection. Ce stade caractérise la période où l'individu commence à s'adapter à la victimisation et à ses ramifications connexes. Ce processus peut débuter au cours des quelques semaines suivant le crime, mais aussi six à huit mois plus tard. Ce stade comprend plusieurs des caractéristiques du stade de la victimisation et de la désorganisation, mais il tient compte du fait que la victime entreprend le processus de la réintégration et donne un sens à sa victimisation (recherche de la signification). La recherche de la signification est souvent considérée comme une composante du traitement de l'affliction (Davis, Nolen-Hoeksema et Larson, 1998) et de la thérapie des victimes d'actes criminels (Layne et coll., 2001). Les chercheurs ont aussi observé l'importance de la recherche de la signification chez les victimes d'un acte criminel en général (Gorman, 2001), chez les victimes de viol (Thompson, 2000) et dans le traitement de tous les types de traumatismes (Nolen-Hoeksema et Davis, 1999). De plus, la recherche de la signification est souvent une composante essentielle des interventions thérapeutiques (Foy, Eriksson et Trice, 2001).



Durant le stade de la transition et de la protection, la victime peut éprouver un besoin aigu d'assistance, soit de la part des membres de son réseau social, soit de la part de spécialistes. Ce soutien est susceptible de l'aider à mieux gérer son stress et de faciliter sa tentative de surmonter son épreuve. Ce stade peut aussi comprendre des mécanismes d'adaptation mésadaptés, comme la consommation excessive d'alcool ou de drogue, la détérioration des relations interpersonnelles, l'isolement accru ou le retrait (Casarez-Levison, 1992). Certaines victimes peuvent aussi démontrer des signes extérieurs d'adaptation, alors que cette apparence calme dissimule de graves difficultés. À ce stade, les interventions ont donc pour but de renforcer les comportements d'adaptation positifs. L'apprentissage de techniques d'adaptation devrait contribuer à la réintégration de l'individu et l'aider à surmonter l'épreuve de sa victimisation. Si les facteurs de stress persistent, l'individu risque fort de ne pas pouvoir atteindre le dernier stade et peut tomber dans un état d'épuisement total (Casarez-Levison, 1992).

Stade 4 : Réorganisation et résolution du problème. Ce stade se caractérise par la réintégration de l'individu, qui redevient un être au fonctionnement stable. Dans les meilleurs cas, ce stade peut survenir après six à douze mois; dans les pires cas, le processus peut prendre plusieurs années. Le stade de la réorganisation et de la résolution du problème comprend le retour aux activités quotidiennes et aux relations interpersonnelles normales. La plupart des gens vont éprouver des sentiments de déni et d'acceptation à propos de leur expérience. En règle générale, les victimes doivent se convaincre qu'elles sont en sécurité dans leur environnement et assumer leur nouveau rôle de « survivant », selon la gravité du crime et leurs caractéristiques avant la victimisation. Il faut aussi noter que cette réorganisation ne constitue pas un retour à l'état précédant la victimisation, car les victimes d'un acte criminel doivent incorporer cette expérience à leur compréhension de leur personnalité et de leur environnement. Les mécanismes d'adaptation mésadaptés, qui retardent la réorganisation totale et qui peuvent comprendre la consommation de drogue et des problèmes de santé mentale (Casarez-Levison, 1992), doivent être corrigés durant cette phase et durant la phase de transition et de protection. Il est toutefois heureux de constater que les interventions peuvent aider les victimes même lorsqu'elles surviennent plusieurs années après la victimisation (Resick, Nishith, Weaver, Astin et Feuer, 2002). Cela démontre non seulement que les effets du crime sur la victime sont durables, mais aussi que les victimes peuvent parvenir à améliorer leur fonctionnement longtemps après l'acte criminel.

Ce modèle peut nous aider à mieux comprendre le processus de la victimisation. La victimisation découlant du crime est un processus envahissant qui déstabilise la vie quotidienne normale de la victime, en imprégnant tous les aspects de sa vie. De plus, le modèle reconnaît que le fait d'être victime d'un acte criminel est un agent stressant externe, imprévisible et lourd de conséquences. Même si ce modèle explique le déroulement chronologique des réactions de la victime, il s'agit d'estimations qu'on doit appliquer avec prudence, selon les types de victimes et de crimes. Les caractéristiques particulières de chaque crime (gravité, violence, usage d'une arme, menaces), de chaque victime (habiletés d'adaptation, antécédents comme victime, traits de personnalité) et du système (réactions des autorités, aide fournie) peuvent avoir une incidence sur le degré de détresse de la victime (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001; Norris et coll., 1997; Ozer, Best, Lipsey et Weiss, 2003). De toute évidence,

cette détresse a des effets sur l'adaptation éventuelle de la victime. Les expériences de la victime, sa personnalité, ses antécédents et ses ressources économiques et sociales déterminent alors ses chances de surmonter l'épreuve du crime. Avant de passer aux changements cognitifs et aux stratégies d'adaptation, nous allons examiner les conséquences psychologiques de la victimisation ainsi que d'autres questions importantes qui peuvent avoir une incidence sur la probabilité que la victime se rétablisse du traumatisme causé par un crime.

Conséquences psychologiques

Dans la section précédente, nous avons exposé un modèle décrivant la façon dont les personnes victimes d'un crime peuvent vivre cette victimisation, les problèmes sous-jacents auxquels ces victimes sont exposées et certaines réactions connexes courantes. Bien que les symptômes et le modèle de Casarez-Levison (1992) soient liés à la recherche et à la théorie, il est utile d'examiner d'autres travaux d'autres chercheurs qui ont tenté de comprendre la réalité psychologique des victimes d'actes criminels.

Dans son examen des conséquences d'une agression sexuelle, Mezy (1998) dresse une liste de plusieurs caractéristiques psychologiques couramment associées au syndrome du traumatisme du viol, dont un certain nombre peuvent être généralisées à d'autres types de victimisation. Ces caractéristiques sont notamment la dépression, la tendance à pleurer constamment, l'anxiété, les rappels de l'événement, la culpabilité, la honte, la chute du plaisir sexuel, le manque de concentration, l'irritabilité, l'apathie et les phobies. L'auteure souligne que ces symptômes sous-jacents peuvent se traduire par l'incapacité de sortir, la fuite des stimulus liés au crime, le retrait social, la diminution de l'activité sexuelle, une plus grande dépendance des autres, la consommation exagérée d'alcool ou de drogue et une modification radicale du mode de vie (déménagement, interruption du service téléphonique, etc.). De toute évidence, certains de ces symptômes et comportements sont davantage liés aux agressions sexuelles ou à d'autres types de crimes avec violence, mais certains d'entre eux peuvent aussi être liés à des crimes sans violence. Tout dépend des forces et des habiletés de chaque victime.

Dans une excellente étude portant sur des victimes de crimes avec violence et sans violence, Norris et coll. (1997) ont étudié les conséquences psychologiques du crime au moyen d'une enquête longitudinale téléphonique réalisée dans l'État du Kentucky. Dans leur recherche, les auteurs font une distinction entre les activateurs (le crime), les réactions (la crainte, l'évitement), les conséquences (symptômes psychologiques : dépression, somatisation (symptômes physiques), hostilité, anxiété et anxiété phobique) et les modérateurs (caractéristiques qui modifient le rapport entre les activateurs et les réactions et les conséquences). La force de cette recherche tient au fait qu'elle est fondée sur une enquête portant sur une population choisie au hasard et non sur une population clinique aisément accessible. Il s'agit en outre d'une recherche longitudinale, qui permet d'effectuer un suivi afin de déterminer toute modification des symptômes et d'observer de nouveaux facteurs comme le stress de la vie et de nouveaux crimes (Norris et coll., 1997). Ces qualités permettent au lecteur de se fier aux résultats.

Les activateurs comprennent les crimes contre les biens (vols avec effraction, vols simples, vandalisme et autres crimes contre les biens) et les crimes avec violence (agressions sexuelles, vols qualifiés, voies de fait graves, voies de fait et autres crimes avec violence). Les participants ont été sélectionnés en fonction du fait qu'ils avaient déjà été victimes d'un crime à l'époque de l'entrevue initiale. Les



chercheurs ont toutefois constaté que les sujets considérés comme victimes à l'entrevue initiale étaient aussi plus susceptibles que les sujets non victimes d'être de nouveau victimes d'un crime durant la période écoulée entre la première entrevue et les deux entrevues subséquentes (après six et douze mois). Quant aux conséquences, les auteurs ont constaté que le contrôle de non-victimisation était similaire aux normes de la population générale et que la victimisation provoquait une augmentation des symptômes psychologiques, sans toutefois atteindre à des degrés extrêmes de détresse (Norris et coll., 1997).

En ce qui concerne les conséquences des crimes, environ 25 p. 100 des victimes de crimes avec violence ont manifesté des degrés extrêmes de détresse, comme la dépression, l'hostilité et l'anxiété (Norris et coll., 1997). De plus, 22 à 27 p. 100 ont fait état de problèmes modérés ou graves. Cela signifie qu'environ 50 p. 100 des victimes de crimes avec violence souffrent de détresse modérée ou extrême. Il n'y avait toutefois aucun profil particulier de détresse pour le groupe des victimes. Par contre, il y avait une augmentation générale dans toutes les sous-échelles des conséquences : les sujets n'ayant pas été victimes d'un crime montraient le taux le plus faible, ceux qui avaient été victimes d'un crime contre les biens avaient un taux plus élevé et ceux qui avaient été victimes d'un crime avec violence avaient le taux le plus élevé. Ces conclusions démontrent bien que la gravité exerce une influence majeure sur les degrés subséquents de symptomatologie.

Norris et coll. (1997) ont aussi observé que le crime avait un effet négatif sur la façon dont les victimes se perçoivent ou perçoivent leur univers. Fondamentalement, la victimisation transforme le mode de vie quotidien des victimes. Les auteurs se sont intéressés à la détresse (colère, tension, tristesse), à la sécurité (crainte, évitement), à l'estime (faible estime de soi, infériorité) et à la confiance (cynisme, pessimisme). Les résultats obtenus ont démontré que la gravité de la violence d'un crime avait une incidence directe et indirecte sur la détresse, par le biais de la sécurité, de l'estime et de la confiance. Dans le cas de la gravité des crimes sans violence, la victimisation n'a aucune incidence directe sur la détresse, mais est tempérée par la sécurité, l'estime et la confiance. En ce qui concerne les crimes sans violence, la victimisation réelle est donc importante seulement à cause des effets qu'elle exerce sur les processus internes de la victime (particulièrement la sécurité), alors que dans le cas des crimes avec violence, elle exerce ses effets sur les processus internes, mais elle possède aussi ses propres effets directs (Norris et coll., 1997). Cela renforce le caractère traumatique des crimes avec violence comparativement aux crimes sans violence et la notion suivant laquelle la victimisation, quelle qu'elle soit, exerce un effet négatif.

Les réactions à la victimisation découlant du crime montrent un profil similaire, où les victimes d'un crime avec violence sont celles qui éprouvent le plus un sentiment d'évitement et de crainte (Norris et coll., 1997). En ce qui concerne le rétablissement, on a pu observer dans les deux groupes de victimes que les symptômes s'atténaient avec le temps. La diminution des symptômes était la plus forte dans le groupe des victimes d'un crime avec violence, mais l'évaluation relative de chaque groupe demeurait la même. En d'autres termes, aucun des deux groupes de victimes ne présentait les niveaux du groupe d'individus non victimes d'un crime et les membres du groupe des victimes d'un crime avec violence éprouvaient plus de détresse que les membres du groupe des victimes d'un crime avec violence. Par contre, Norris et coll. (1997) soulignent que plusieurs variables différencient les groupes de victimes du groupe d'individus non victimes (caractéristiques démographiques, symptômes antérieurs, occurrence de crimes subséquents). Ces chercheurs ont donc analysé les mesures de contrôle des données pour isoler les effets de ces paradoxes possibles. Ils ont constaté que les variables

démographiques et les symptômes antérieurs semblaient n'avoir aucun effet, mais que la victimisation subséquente prolongeait les symptômes de détresse autodéclarés. Du point de vue clinique, ces résultats n'ont rien d'étonnant, car on peut raisonnablement supposer que ni la victimisation chronique ni la victimisation répétée ne peuvent aggraver le niveau de détresse et les symptômes psychologiques associés.

En ce qui concerne les modérateurs, Norris et coll. (1997) soulignent qu'il est important pour les victimes de pouvoir compter sur du soutien naturel (famille, amis) et professionnel (police, avocat, clergé, personnel médical et spécialistes de la santé mentale). Selon eux, environ 12,5 p. 100 des victimes recourent à des services de santé mentale et ce pourcentage est plus élevé chez les victimes d'un crime avec violence. Par contre, les victimes d'un crime contre les biens et les individus non victimes recourent à ces services dans des proportions comparables. Il est intéressant d'observer que la dépression et la violence qui accompagne le crime permettent de prédire quels sont les individus qui ont recours aux services de santé mentale. En outre, plus une victime est susceptible de recourir à du soutien naturel, plus elle est susceptible aussi de recourir à du soutien professionnel (Norris et coll., 1997). Le fait de recevoir de l'aide atténuée aussi la réaction de peur. Dans les sections à venir, nous discuterons du rôle du soutien dans la réaction cognitive et dans l'adaptation, mais il est clair que le soutien a une influence majeure dans la modération des effets négatifs de la victimisation. Mais avant de passer à ces sections, nous allons voir que le caractère longitudinal de la recherche de Norris et coll. (1997) nous permet d'examiner des questions importantes comme le temps requis pour guérir, la victimisation secondaire par le système et l'interférence causée par la victimisation subséquente.

Le temps requis pour guérir

La victimisation découlant du crime semble provoquer des effets qui durent longtemps. Norris et coll. (1997) ont constaté que chez les victimes d'un crime avec violence comme les victimes d'un crime sans violence les symptômes diminuent au cours des premiers mois suivant le crime, mais cette diminution se stabilise par la suite. Au terme de leur étude longitudinale (15 mois), l'évaluation relative de la détresse était stable : les victimes d'un crime avec violence étaient celles qui éprouvaient le plus de détresse, les victimes d'un crime sans violence arrivaient au deuxième rang et les participants n'ayant pas été victimes d'un crime avaient le niveau de détresse le plus faible. D'autre part, avec un échantillon beaucoup moins important, Hagemann (1992) a observé que la plupart des victimes de sa recherche fonctionnaient assez bien un an après le crime (moins de symptômes, le crime n'était plus au centre de leur vie, etc.). Il indique toutefois que les victimes n'ont pas nécessairement recouvré l'identité qu'elles avaient avant la victimisation. Cette contradiction apparente pourrait s'expliquer par le fait que les victimes d'une agression sexuelle peuvent mettre leurs symptômes en veille (Resick et coll., 2002). On voit donc que même si le temps permet à l'individu de reprendre une vie « fonctionnelle », la victimisation semble avoir des effets qui durent longtemps (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001; Norris et coll., 1997).

La victimisation secondaire par le système

On a beaucoup parlé de la victimisation secondaire associée au contact avec le système de justice. Norris et coll. (1997) ont examiné des individus qui avaient communiqué avec les autorités après avoir été victimes d'un crime. Ils se sont particulièrement intéressés aux questions suivantes : quelle était la gravité du crime, la victime connaissait-elle l'auteur du crime, la police a-t-elle recherché des preuves, la police a-t-elle promis d'ouvrir une enquête, quelqu'un a-t-il été arrêté, la victime considérait-elle que



la police avait été utile et quel était le degré d'aliénation de la victime (pessimisme, cynisme et désespoir). Les chercheurs ont constaté que la gravité du crime et le fait que la victime connaissait l'auteur du crime aggravaient l'aliénation, tandis que le fait de considérer que la police avait été utile réduisait l'aliénation (Norris et coll., 1997). On voit ainsi qu'en réagissant convenablement, le personnel du système de justice pénale peut avoir une influence positive sur la victime. Pour les victimes, l'enquête et l'arrestation sont des éléments positifs qui accroissent la perception que la police a été utile, ce qui tend à réduire l'aliénation.

Il est intéressant de noter que l'arrestation de l'auteur du crime est considérée comme moins importante que la promesse qu'une enquête sera ouverte. Les impressions des victimes semblent avoir un effet modérateur plus fort que les résultats tangibles (Norris et coll., 1997). Les victimes semblent souhaiter que les autorités fassent quelque chose plutôt qu'éprouver une quelconque « soif de justice ». On peut penser que les victimes se préoccupent peu des concepts abstraits de la justice et veulent plutôt savoir que les gens de leur univers immédiat font quelque chose pour les aider et les protéger. Il se peut aussi que les victimes, voyant que l'on s'occupe d'elles et que leur expérience de victimisation est validée et prise au sérieux, en retirent des effets bénéfiques. Ces deux hypothèses doivent être validées de façon empirique, mais elles sont logiques, surtout si l'on considère la manière dont les victimes réagissent durant la période qui suit immédiatement la victimisation.

Campbell, Sefl, Barnes, Ahrens, Wasco et Zaragoza-Diesfeld (1999) ont examiné la victimisation secondaire par le système chez des victimes d'agression sexuelle. Dans leur échantillon, 66 p. 100 des victimes avaient été agressées par quelqu'un qu'elles connaissaient, 94 p. 100 avaient été agressées par une personne seule, 38 p. 100 n'avaient pas subi de blessures physiques au cours de l'agression, 30 p. 100 des agresseurs s'étaient servi d'une arme et 70 p. 100 des victimes n'avaient pas consommé d'alcool avant l'agression. Les chercheurs ont constaté que les caractéristiques individuelles des victimes et les circonstances du crime ne permettaient pas de prévoir le stress post-traumatique, tandis que les expériences négatives au contact du système de justice pénale et du système médical aggravaient les symptômes du stress post-traumatique.

Dans la même optique, Warshaw (1993) a examiné les dossiers de la salle d'urgence de 52 femmes montrant des signes évidents d'agression. Elle a constaté que les membres du personnel médical s'étaient acquittés correctement de leurs obligations professionnelles, comme signaler la possibilité d'une agression ou prescrire des analgésiques. Par contre, très peu d'entre eux avaient posé des questions concernant le risque futur ou l'agression. D'ailleurs, dans 78 p. 100 des cas d'agression possible, le médecin n'a pas fait état de la relation entre la victime et son agresseur (Warshaw, 1993). Quand on fait la synthèse de ces conclusions, on constate à quel point les intervenants professionnels peuvent exercer une influence sur les victimes. Dans une étude axée sur les processus, Hagemann (1992) a constaté que le manque d'intérêt à l'égard des victimes et le fait de les traiter comme des statistiques engendraient chez elles une perception négative. Les membres du personnel du système de justice pénale et du système médical devraient donc être conscients des conséquences possibles de leurs actes et prendre les moyens nécessaires pour atténuer la victimisation secondaire.

Même si le rapport entre la détresse des victimes et la réaction du personnel professionnel est préoccupant, il est important d'examiner aussi les facteurs modérateurs. Les victimes d'une agression sexuelle par une personne de leur entourage qui ont éprouvé une victimisation secondaire grave et qui ont reçu peu d'aide de la part du personnel du système de justice pénale ou du système médical

éprouvent un sentiment de détresse plus intense (Campbell et coll., 1999). Par contre, lorsque la victime a reçu des services de santé mentale après un contact difficile avec le système médical, on observe une réduction des effets négatifs déclarés. Ces résultats montrent que les pratiques utilisées dans le système de justice pénale et le système médical peuvent causer des effets négatifs chez la victime, mais aussi que ces effets peuvent être atténués si elle est dirigée vers d'autres services d'aide. Comme le rappellent toutefois Moriarty et Earle (1999), on doit comprendre que la victime, après avoir été interrogée par la police et examinée par le personnel médical, ne souhaite pas raconter de nouveau son expérience à un autre étranger. C'est pourquoi les membres du personnel du système de justice pénale et du système médical doivent non seulement être sensibilisés à ces questions, mais aussi s'efforcer de réduire au minimum ces effets négatifs et aider respectueusement les victimes à recourir à d'autres services.

L'interférence causée par la victimisation subséquente

Plusieurs études affirment que la victimisation antérieure est un prédicteur très fort, sinon le plus fort, d'une victimisation subséquente (Byrne et coll., 1999; Messman et Long, 1996; Norris et coll., 1997; Nishith et coll., 2000). De plus, la victimisation semble influencer sur la réaction de la victime à une nouvelle victimisation. Dans leur examen de la revictimisation chez des victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance, Messman et Long (1996) indiquent que ces victimes sont exposées à un risque plus élevé de victimisation ultérieure. Ils ajoutent aussi que les chercheurs ont isolé plusieurs facteurs susceptibles d'expliquer ce lien, comme l'estime de soi, l'impuissance acquise, le choix des relations personnelles, les modèles et attentes de comportement acquis et les différences entre les attributions causales. Ces éléments sont à l'origine de changements cognitifs durables qui influent sur des schèmes de pensée et de comportement susceptibles d'accroître chez l'individu le risque d'une nouvelle victimisation. Messman et Long (1996) rappellent toutefois que ces liens demeurent théoriques, car leur validation empirique n'est pas assez solide. Ils soulignent également que ces liens ne doivent pas être considérés comme un blâme jeté sur les victimes, mais plutôt comme des pistes qui pourraient éventuellement mener à l'élaboration de programmes efficaces à l'intention de ces victimes.

Dans la même veine, Byrne et coll. (1999) affirment que les victimes d'une agression peuvent être entraînées dans un cycle descendant de pauvreté et de victimisation. En effet, la revictimisation double le risque que les femmes victimes d'agressions se retrouvent un jour sous le seuil de pauvreté. De plus, la pauvreté est un facteur de risque d'une victimisation subséquente. De même, les femmes victimes d'une nouvelle agression étaient plus de deux fois plus susceptibles d'être sans emploi au stade du suivi comparativement aux femmes qui n'avaient pas été victimes d'une nouvelle agression. Ces résultats montrent que la revictimisation nuit au processus de réintégration de la victime ou, selon le modèle de Casarez-Levison (1992), le réorganise.

Le temps écoulé entre les victimisations ne semble pas non plus avoir d'importance. Nishith et coll. (2000) ont aussi observé un lien entre les agressions sexuelles dans l'enfance et le risque d'être victime d'une agression sexuelle ou de voies de fait à l'âge adulte. Ils proposent plusieurs explications à cet accroissement du risque. Ils soulignent notamment que les victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance peuvent recourir à des mécanismes inefficaces ou dysfonctionnels dans la manière dont elles créent et entretiennent leurs relations personnelles. Ces mauvais mécanismes les empêcheraient d'évaluer correctement le risque et de poser des jugements judicieux. Les victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance peuvent aussi éprouver des symptômes d'agents stressants traumatiques non résolus (p. ex. dépression, dissociation, anxiété, symptômes de stress post-traumatique et toxicomanie)



qui altèrent leur jugement ou les empêchent de résoudre les problèmes ou de se défendre (Nishith et coll., 2000). Selon ces auteurs, les problèmes qu'éprouvent habituellement les victimes d'agressions sexuelles dans l'enfance (labilité émotionnelle, comportement auto-apaisant non approprié, limites interpersonnelles mal définies) peuvent accroître la probabilité que ces individus se placent dans des situations à risque. Enfin, ils affirment aussi que des agents stressants liés à la pauvreté (comme vivre dans un milieu pauvre) peuvent accroître le risque d'une victimisation subséquente (Nishith et coll. 2000).

Dans la section précédente, nous avons examiné les processus psychologiques associés à la victimisation. Il est aisé de comprendre qu'une personne aux prises avec le stress d'un événement négatif inattendu peut avoir de la difficulté à s'adapter. De plus, la gravité de l'incident, les caractéristiques individuelles et le soutien social sont des facteurs qui semblent atténuer les effets de la victimisation. Dans les sections qui suivent, nous allons nous intéresser à quelques questions propres à ces domaines.

2.2 Sous-groupes de traumatismes : le rôle de la gravité

Même si la majeure partie de la présente étude porte sur les victimes d'un crime en général, certains travaux démontrent que les réactions à la victimisation peuvent être diverses. Comme nous l'avons mentionné, on observe des différences entre les victimes d'un crime contre les biens et les victimes d'un crime contre la personne (Norris et coll., 1997). Les victimes d'un crime sans violence craignent pour leur sécurité et peuvent aussi éprouver des symptômes psychologiques plus graves; par contre, les victimes d'un crime avec violence éprouvent des craintes et des symptômes plus profonds. Rappelons que les résultats de Norris et coll. (1997) démontrent que la gravité de la violence a une incidence sur la détresse. Cette étude n'a révélé aucun profil particulier de détresse dans l'un ou l'autre des groupes de victimes. Cette conclusion est importante parce qu'elle démontre que certains sous-groupes de victimes d'un crime (p. ex. violence conjugale, agression sexuelle, voies de fait graves, crime contre les biens, crime d'entreprise) peuvent avoir moins d'importance que la gravité du crime. C'est la gravité du crime qui traumatise la victime et provoque sa détresse. Norris et coll. (1997) ont constaté que les victimes d'un crime avec violence éprouvent les réactions les plus graves, puisque plus de 50 p. 100 d'entre elles ressentent une détresse variant de modérée à profonde. Ces résultats démontrent que le lien entre la victimisation et les réactions peut être important seulement dans la mesure où il se rapporte à la gravité du crime. En d'autres termes, plus le crime est grave, plus la réaction de la victime est grave.

Cette hypothèse est confirmée par les recherches de Gilboa-Schechtman et Foa (2001) sur les victimes de crimes avec violence. Dans leur examen des dossiers des victimes d'agression, ceux-ci ont établi une distinction entre les victimes de voies de fait et les victimes d'une agression sexuelle. Ils ont constaté que les victimes d'une agression sexuelle avaient éprouvé des réactions plus graves que les victimes d'une agression non sexuelle. Ils ont observé aussi que les victimes d'une agression sexuelle éprouvaient des réactions plus vives et qu'il fallait beaucoup plus de temps avant que les symptômes du traumatisme s'atténuent. En outre, ils ont constaté l'existence d'une réaction semblable entre les deux groupes en ce qui concerne l'anxiété et le syndrome de stress post-traumatique. Par contre, seules les victimes d'une agression sexuelle ont été atteintes de dépression (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001).

Ces mêmes chercheurs ont aussi examiné un phénomène appelé « réaction limite » (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001). Ce terme désigne le stade où les symptômes qu'éprouve une victime sont les plus vifs. Ils ont constaté qu'une réaction limite tardive était liée à des symptômes plus intenses. Les victimes ayant eu une réaction limite peu de temps après l'agression étaient atteintes moins gravement de dépression et du syndrome de stress post-traumatique que les victimes dont la réaction limite s'est produite plus tard. Ils supposent que la réaction limite tardive peut être liée à un engagement différé, ce qui a une incidence sur le traitement. Le fait que le syndrome de stress post-traumatique à long terme soit lié au moment où survient la réaction limite (similaire au manque d'engagement affectif) donne encore plus de poids à cette hypothèse (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001). Par conséquent, lorsque l'on considère les réactions d'une victime, la gravité du crime pourrait être un facteur plus important que ses circonstances particulières. Du point de vue psychologique, cette interprétation présente un certain intérêt, car elle met en évidence un élément commun dans les processus sous-jacents de la cognition et de l'adaptation.

2.3 Effets du traitement cognitif des traumatismes

Jusqu'à maintenant, très peu de recherches ont été consacrées à l'examen des changements cognitifs liés à la victimisation découlant du crime. On aimerait disposer de recherches sur la manière dont les processus cognitifs comme la mémoire (à court terme et à long terme), la perception, la résolution de problèmes, la prise de décisions, etc. peuvent se modifier à mesure que l'individu passe de l'état précédant la victimisation aux effets immédiats de l'acte criminel et à la période post-victimisation. Cependant, la plupart des travaux portent sur la symptomatologie spécifique et les stratégies d'adaptation se rapportant à la victimisation. Ces sujets concernent bien les changements cognitifs, mais ne traitent pas précisément de la manière dont la victimisation influe sur la structure cognitive de l'individu. Pourtant, l'adaptation et les symptômes sont tout aussi importants, car ils nous permettent d'extrapoler certains changements cognitifs sous-jacents. La présente section adopte une perspective conservatrice de ce qu'on entend par changement cognitif. Le changement cognitif désigne plus particulièrement un changement dans la perception, l'interprétation, la résolution de problèmes et la prise de décisions qui est lié à la victimisation découlant du crime. Les réactions d'adaptation servent d'exutoire aux changements cognitifs.

L'étude à plusieurs méthodes réalisée par Greenberg et Ruback (1992), probablement l'une des recherches les plus utiles sur ce sujet, examine spécifiquement les changements cognitifs liés à la victimisation. À l'aide d'enquêtes, de données officielles et de méthodes quasi expérimentales, ces chercheurs ont examiné les réactions d'individus à la victimisation, en subdivisant les crimes en vol, vol avec effraction, voies de fait et agression sexuelle. Ils se sont servis de plusieurs variables de résultats pour étudier les processus cognitifs sous-jacents associés à la victimisation. Les résultats utilisés étaient les suivants : décision de déclarer le crime, susceptibilité à l'influence et incidence des émotions sur la prise de décisions. Tout d'abord, en ce qui concerne la décision de déclarer le crime, ils ont constaté que ce sont les victimes qui, généralement, déclarent le crime (Greenberg et Ruback, 1992). Même si cette constatation peut paraître simple, elle a des incidences importantes. En effet, si le processus de prise de décisions est déstabilisé après la victimisation, la victime risque de ne pas être dans le meilleur état pour décider de la meilleure manière d'agir. En examinant les déclarations des crimes, les auteurs ont observé que le pourcentage des victimes qui avaient décidé de déclarer le crime pouvait varier de seulement 24 p. 100 dans le cas des femmes battues jusqu'à 96 p. 100 dans le cas des victimes d'une agression sexuelle (Greenberg et Ruback, 1992). En cherchant à comprendre pourquoi les victimes avaient déclaré le crime aux autorités, ils ont constaté que le crime et les variables



circonstancielle étaient plus importants que les variables personnelles. Cette observation est conforme aux résultats de recherche sur les agressions sexuelles, qui montrent que le fait de connaître l'agresseur (agression sexuelle par une connaissance, un ami ou le conjoint) diminue le taux de déclaration et dissuade la victime de requérir de l'aide (Ullman, 1999). Selon Campbell et coll. (1999), le fait que les victimes connaissent leur agresseur non seulement les dissuade directement de déclarer le crime, mais leur cause aussi des difficultés lorsqu'elles veulent obtenir des services et peut les exposer davantage à des réactions négatives comme le blâme. On peut comprendre que les victimes hésitent à déclarer le crime si elles craignent cette réaction, surtout si elles demandent l'avis de personnes proches qui ne compatissent pas avec elles (Greenberg et Ruback, 1992; Nolen-Hoeksema et Davis, 1999). Les caractéristiques du crime et les variables circonstancielles semblent donc des facteurs dont la victime tient compte pour déterminer si elle va déclarer ou non le crime, mais l'opinion des autres semble aussi jouer un rôle très important.

Lorsque les caractéristiques du crime et les circonstances demeurent constantes, les victimes sont très sensibles aux influences sociales quand il s'agit de déclarer le crime (Greenberg et Ruback, 1992). À la suite de leurs enquêtes, ils ont constaté que la plupart des victimes, avant de communiquer avec les autorités, discutaient avec d'autres personnes pour prendre leur avis et obtenir leur soutien. Au moyen d'une enquête quasi expérimentale sur le terrain au cours de laquelle on a « volé » le paiement versé à des participants non informés, les auteurs ont constaté que 58 p. 100 des « victimes » avaient suivi les conseils de complices pour décider si elles devaient ou non déclarer le crime. Les victimes n'ayant pas déclaré le crime avaient suivi les conseils des complices dans 77 p. 100 des cas et celles qui ont déclaré le crime avaient suivi les conseils des complices dans 50 p. 100 des cas (Greenberg et Ruback, 1992). Les auteurs soulignent que ces résultats sont particulièrement intéressants si l'on considère que les conseils venaient de parfaits étrangers. Ils ont toutefois constaté aussi que si l'étranger était également une « covictime » (un complice des chercheurs qui s'était fait voler son argent lui aussi), il y avait plus de chances que la victime suive son avis. En d'autres termes, si la « covictime » minimisait l'importance du crime et disait qu'elle n'allait pas le déclarer, la victime se rangeait généralement à son avis. En ce qui concerne les différences dans les déclarations, l'enquête a montré que 85 p. 100 des vols avec effraction, 88 p. 100 des vols et 90 p. 100 des agressions sexuelles avaient été signalés. L'opinion des autres semble aussi avoir une incidence sur le degré d'activité de la victime dans le processus de justice pénale à long terme (Greenberg et Ruback, 1992).

L'une des raisons qui peuvent expliquer pourquoi les victimes sollicitent et suivent l'avis des autres, c'est qu'elles reconnaissent qu'elles subissent un stress susceptible d'altérer leur fonctionnement cognitif normal et de leur faire prendre une mauvaise décision (stade de victimisation et de désorganisation de Casarez-Levison). En ayant recours à plusieurs méthodes et études, Greenberg et Ruback (1992) ont constaté que la peur et la colère étaient les réactions émotives les plus courantes à la victimisation. Ces émotions peuvent avoir un effet sur les aptitudes cognitives. La colère semble associée au sentiment ou à la certitude qu'on a été lésé et la peur est associée au sentiment ou à la certitude qu'on est vulnérable. De plus, ces émotions et ces certitudes étaient liées au comportement. La colère était plus susceptible de se manifester chez les victimes de crimes contre les biens et était directement liée à la déclaration du crime (autrement dit, plus la victime était en colère, plus il y avait de chances qu'elle déclare le crime). Par conséquent, la perception d'avoir été lésée peut accroître la probabilité que la victime déclare le crime. La peur, par contre, était davantage associée aux agressions sexuelles. Greenberg et Ruback (1992) notent toutefois qu'il existe une différence entre les hommes et les femmes; en effet, les femmes sont généralement plus susceptibles que les hommes de reconnaître

leur peur, même dans le cas des crimes contre les biens (Greenberg et Ruback, 1992). Deux raisons peuvent expliquer cette différence selon les sexes : soit que les femmes éprouvent plus souvent de la peur quand elles sont victimes d'un crime, soit que les hommes hésitent davantage à reconnaître qu'ils éprouvent de la peur, même quand c'est le cas (peut-être à cause des convenances sociales). Quoi qu'il en soit, tout indique que la peur du crime ou la peur liée à l'hypersensibilité relative à une éventuelle victimisation sont une réaction courante.

En ce qui concerne la perception, Greenberg et Ruback (1992) ont constaté que les victimes d'un crime donnent généralement un signalement plus juste du délinquant s'il est de la même race qu'elles et que l'exactitude et la fiabilité autodéclarée ne sont pas fortement liées. Ils ont toutefois constaté que le signalement du voleur donné par les victimes dans un premier temps demeurait exact. De plus, dans un suivi de deux mois, ils ont aussi constaté que les victimes ayant déclaré le crime faisaient preuve, dans leur description du délinquant et des détails particuliers du vol, d'une plus grande exactitude et d'une plus grande confiance que les victimes n'ayant pas déclaré le crime. En ce qui concerne l'exactitude des déclarations, Stillwell et Baumeister (1997) ont demandé à des étudiants choisis au hasard de jouer le rôle d'une victime, d'un délinquant ou d'un observateur neutre (aux fins de contrôle) dans une histoire portant sur le manquement à une promesse d'aider un autre étudiant dans ses études. Après un intervalle de trois à cinq jours, ils ont observé des déformations dans la manière de raconter les circonstances initiales de l'histoire. Ils ont constaté que les victimes et les délinquants racontaient l'histoire de manière à se donner le rôle le plus sympathique. Plus précisément, les délinquants avaient tendance à insister sur des circonstances atténuantes, tandis que les victimes étaient plutôt portées à insister sur les conséquences négatives du comportement et déformaient les faits dans le but de les aggraver. Il est important de souligner que les chercheurs ont constaté que les délinquants et les victimes déformaient les faits dans la même mesure, mais dans des directions différentes. Comme cette étude se rapproche beaucoup d'une expérience de laboratoire où il n'y avait pas de véritable victime, elle s'applique imparfaitement à la présente discussion. Il est toutefois important de rappeler que les chercheurs ont demandé à chaque groupe de faire un compte rendu exact d'un récit relativement anodin et que les étudiants ayant adopté un point de vue particulier ont spontanément déformé la situation en leur faveur (Stillwell et Baumeister, 1997). Considérant qu'aucun de ces deux groupes n'avait intérêt à déformer le récit, les auteurs concluent que la mémoire et les souvenirs sont influencés par la perspective.

Enfin, Greenberg et Ruback (1992) font état d'un effet minime mais intéressant de la colère sur l'exactitude et la fiabilité des déclarations des victimes. En effet, les victimes ayant éprouvé le plus de colère au moment du vol ont identifié le délinquant avec plus d'exactitude et de confiance. Cette constatation a des incidences intéressantes en ce qui concerne les processus cognitivo-affectifs sous-jacents se rapportant à l'encodage et à la mémoire. On peut supposer que l'excitation découlant de la colère (hypervigilance, attention à la menace, etc.) peut aider à « imprimer » des détails particuliers et influencer l'encodage dans la mémoire à long terme. Il est possible aussi de supposer que la victime accorde beaucoup d'importance à l'événement. La colère est souvent une manière de réagir à l'impression d'avoir été lésé. Cette « juste » colère peut amener l'individu à conserver dans sa mémoire certains détails du crime, ce qui améliore son souvenir. Ces différences de mémoire et de souvenir sont un résultat intéressant pour la compréhension du comportement après la victimisation.

Comme le soulignent Greenberg et Ruback (1992), beaucoup de chercheurs et de cliniciens considèrent que l'aptitude à prendre des décisions est compromise quand l'individu éprouve un stress,



plus particulièrement le stress extrême qu'engendre la victimisation. En élaborant un modèle du processus de prise de décisions d'une victime, ces auteurs rappellent que souvent les victimes ne considèrent pas toutes les options possibles pour choisir la meilleure, mais s'en tiennent plutôt à la première option qui répond à leurs exigences minimales. Ils écrivent :

L'option que les victimes décident de considérer en premier dépend probablement de sa disponibilité ou de sa pertinence momentanées, qui dépendent des caractéristiques de chaque victime (expériences précédentes et concept de soi) et de la situation (p. ex. accès à un téléphone et identification du suspect). L'analyse de l'option elle-même risque fort d'être hâtive et le choix final semble souvent « automatique » ou « réfléchi » aux yeux de la victime (Greenberg et Ruback, 1992, p. 196 [traduction]).

Ces auteurs ont conçu un modèle de prise de décisions comprenant plusieurs étapes, où la victime doit chaque fois prendre une décision (Greenberg et Ruback, 1992). Chaque étape correspond à des influences découlant des pressions externes exercées par l'information, les normes sociales et des variables socio-affectives.

Première étape : L'événement était-il un crime? La réponse à cette question dépend de la définition de ce qu'est un crime selon la personne concernée et de la correspondance entre sa définition personnelle et les circonstances de l'événement en cause. Si la personne détermine qu'il ne s'agit pas d'un crime, elle ne prend aucune mesure. Dans le cas contraire, elle passe à la deuxième étape.

Deuxième étape : Quelle est la gravité du crime? La réponse à cette question dépend de la réaction affective de la personne (excitation et détresse) et de sa perception du dommage prévu, réel et potentiel. Ces facteurs influencent la perception qu'a la victime d'avoir été lésée et d'être vulnérable.

Troisième étape : Comment vais-je vivre ce crime et cette victimisation? Pour choisir une option, la victime se fonde sur ses connaissances acquises et sur son attitude à l'égard des diverses options possibles. Selon Greenberg et Ruback (1992), il existe quatre solutions possibles : ne rien faire, prévenir la police, réévaluer la situation et trouver soi-même une solution.

Dans la compréhension de son expérience, la victime passe donc par ces trois étapes. Il en découle que l'importance des émotions, les réactions des autres et les expériences antérieures peuvent exercer une forte influence sur ce processus décisionnel. De plus, on peut facilement extrapoler ce modèle pour tenir compte de la manière dont les victimes cherchent à obtenir de l'aide au lieu de se contenter de déclarer le crime. Si l'on généralise le modèle, les victimes, en détresse à cause du tort subi, sont susceptibles de réagir de la même manière au moment de solliciter de l'aide ou de recevoir des services. Par conséquent, si la victimisation altère le processus de prise de décisions, la victime risque de ne pas choisir la meilleure solution. En ayant le désir « d'oublier tout ça », la victime peut opter pour la première solution qui lui permettra d'éviter ou d'oublier sa victimisation et le traumatisme qui peut lui être lié. Nous reviendrons sur cette question un peu plus loin.

D'autres chercheurs se sont intéressés aux changements cognitifs chez des anciens combattants éprouvant un syndrome de stress post-traumatique généralisable aux victimes d'un crime. Litz, Orsillo et Weathers (2000) avancent que les patients éprouvant ce syndrome ne sont généralement pas indifférents ni insensibles, mais que des périodes d'émotion vive découlant d'indicateurs du traumatisme engendrent des problèmes dans le processus affectif. En d'autres termes, lorsque des rappels du traumatisme provoquent la détresse, les gens atteints du syndrome de stress post-traumatique réagissent davantage aux indicateurs négatifs et éprouvent des sentiments positifs moins intenses. Ces chercheurs ont aussi vérifié un modèle suivant lequel les individus, dans leur tentative de vaincre le traumatisme, alterneraient entre des pensées négatives (intrusion) et le déni ou l'indifférence jusqu'à ce qu'ils aient surmonté le traumatisme. On croit que cette alternance des pensées et des sentiments aide l'individu à vaincre le traumatisme en lui évitant d'être accablé par des pensées et des sentiments envahissants (Litz et coll., 2000).

Pour vérifier cette théorie, Litz et coll. (2000) ont montré à deux groupes d'anciens combattants du Viêt-nam (atteints ou non du syndrome de stress post-traumatique) une vidéo associée au traumatisme et une vidéo de comparaison neutre. Après avoir présenté les vidéos, les chercheurs ont évalué les réactions émotives des anciens combattants à une série de photographies positives, neutres et négatives et mesuré leurs réactions au moyen de l'activité autonome périphérique, des réponses motrices expressives et des réactions émotives autodéclarées. Après avoir regardé la vidéo neutre, les deux groupes ont réagi de la même manière à toutes les photos. Après avoir présenté aux deux groupes la vidéo associée au traumatisme, les chercheurs n'ont observé aucun signe indiquant que les individus atteints du syndrome de stress post-traumatique supprimaient les réponses émotives. Ils ont toutefois constaté qu'après avoir regardé la vidéo associée au traumatisme les anciens combattants atteints du syndrome réagissaient moins aux photos positives. Cette observation montre que les rappels du traumatisme ne provoquent pas nécessairement chez l'individu la négation ou l'atténuation des émotions, mais peuvent l'empêcher d'éprouver des émotions positives (Litz et coll., 2000). Par conséquent, les pensées envahissantes de ces anciens combattants pourraient altérer leur capacité de percevoir et d'interpréter convenablement des stimulus positifs. Cette recherche appelle toutefois une réserve, car on a constaté que les anciens combattants ne semblent pas vivre un traumatisme de la même manière que les civils (Brewin, Andrews et Valentine, 2000). Il est donc possible que la manifestation du syndrome de stress post-traumatique soit influencée par le sexe, la sélection militaire, le soutien social (naturel et professionnel), les ressources économiques ou l'instruction au combat. Il serait utile de reproduire cette étude avec divers groupes de victimes d'un crime pour vérifier si les processus cognitivo-émotifs sous-jacents sont similaires.

Enfin, les modèles cognitifs d'adaptation aux événements négatifs de la vie peuvent s'avérer utiles dans la présente discussion. Greenberg et Ruback (1992) ont décrit un modèle suivant lequel l'individu conçoit des « simulations » cognitives d'événements possibles dans le but de s'exercer à appliquer des stratégies d'adaptation ou encore de retrouver son équilibre après un événement stressant. Ces simulations aident aussi l'individu à résoudre des problèmes et à maîtriser ses émotions en l'aidant à comprendre l'événement et à éviter une autre victimisation possible. Greenberg et Ruback (1992) soulignent que la plupart des victimes ont recours à cette stratégie lorsqu'elles affirment que la victimisation « aurait pu être pire » ou s'abandonnent à des fantasmes de vengeance. Ces auteurs ajoutent aussi que ces simulations ou ces fantasmes peuvent inciter l'individu à agir si les résultats des simulations sont positifs. Le sentiment anticipé de la satisfaction pourrait inciter la victime à communiquer avec les autorités ou à obtenir plus d'aide. La crainte anticipée de l'échec aurait toutefois



l'effet contraire. Selon ce modèle, il ne faut pas sous-estimer le pouvoir de motivation de la « juste colère », car elle est davantage susceptible d'inciter l'individu à agir (Greenberg et Ruback, 1992). Par conséquent, les traitements axés uniquement sur la maîtrise de la colère pourraient desservir certaines victimes qui ont besoin de recourir à la colère pour entretenir leur motivation et avoir le sentiment de maîtriser la situation. La colère peut d'ailleurs aider la victime à surmonter certaines difficultés du processus de la justice pénale. Cela ne signifie pas toutefois que l'intervention doit surcompenser dans la direction opposée pour renforcer le sentiment de colère, peut-être sous le prétexte d'aider la victime à se sentir « moins impuissante ». Si elle n'est pas convenablement encadrée, la colère chronique peut d'ailleurs devenir négative et nuire considérablement à la victime. La maîtrise de la colère est une question clinique délicate qu'on ne peut pas éluder avec une formule passe-partout. En conclusion, il faut offrir à chaque victime un traitement individualisé et l'aider à maîtriser toutes ses émotions de manière qu'elle puisse surmonter ses difficultés tout en restant saine. Cette action équilibrée entraîne des conséquences importantes sur l'information du public et de la victime et sur la prestation des services.

2.4 Stratégies d'adaptation

On peut dire que l'adaptation :

est déterminée par l'appréciation cognitive. La fonction essentielle [de l'adaptation] consiste à réduire la tension et à rétablir l'équilibre. Nous devons faire la distinction entre l'adaptation qui vise à maîtriser ou à modifier le problème qui cause la détresse (axée sur le problème) et l'adaptation qui vise à maîtriser la réponse émotionnelle au problème (axée sur les émotions) [les mots entre crochets ont été ajoutés] (Hagemann, 1992, p. 61 [traduction]).

La documentation scientifique fait souvent la distinction entre l'adaptation négative, qui n'est pas axée sur l'agent stressant (p. ex. blâme reporté sur les autres, retrait, résignation, autocritique, agression, désirs illusoire) et les stratégies d'adaptation positive, axées sur le changement de soi ou du problème (p. ex. soutien social, efforts pour résoudre le problème, recherche d'information). Dempsey (2002) a constaté que le recours à des méthodes d'adaptation négative et l'exposition à la violence étaient des prédicteurs du syndrome de stress post-traumatique, de l'anxiété et de la dépression.

En outre, il arrive qu'une victime s'efforce de s'adapter à plusieurs choses en même temps : le choc de la victimisation, l'expérience (nouvelle ou répétée) des rapports avec le système de justice pénale, la recherche d'une explication des causes de la victimisation, les réactions des autres, le désir de revenir à une vie normale, l'état avant la victimisation, la remise en question du principe d'un monde juste et prévisible, les reproches que s'adresse la victime et une multitude d'autres sentiments, pensées et pressions socio-environnementales. C'est pourquoi il est permis de penser que l'un des principaux aspects du changement cognitif se rapporte à la manière dont la victime surmonte les conséquences du crime. Selon Calhoun et Atkeson (1991), lorsque la victime commence à se sentir mieux, elle requiert de moins en moins de stratégies d'adaptation ou elle y a recours de moins en moins souvent, ce qui semble indiquer que les changements cognitifs intérieurs prennent la relève des stratégies d'adaptation. Dans la section qui suit, nous présentons quelques-uns des principaux comportements et stratégies d'adaptation auxquels les victimes ont recours.

Soutien social

Comme nous l'avons mentionné, les personnes victimes d'un crime se sentent souvent mal et désorientées (Casarez-Levison, 1992) et cherchent souvent de l'aide auprès des autres (Greenberg et

Ruback, 1992; Leymann et Lindell, 1992; Norris et coll., 1997). Everly et coll. (2000) indiquent que la société peut fournir aux victimes de l'information, de la compagnie et un soutien affectif et instrumental. Comme le font remarquer Nolen-Hoeksema et Davis (1999), le fait de bénéficier d'un soutien social positif après un traumatisme est lié à une meilleure adaptation. Les chercheurs ont établi une distinction entre les différents types de soutien social (Leymann et Lindell, 1992). Le soutien affectif se caractérise par l'importance accordée à l'estime, à l'intérêt et à l'écoute et met l'accent sur les sentiments de la victime et ses réactions affectives. Le soutien d'appréciation insiste sur la comparaison sociale, l'affirmation et la rétroaction, dans le but d'aider la victime à donner un sens à son expérience. Le soutien d'information fournit à la victime les conseils, les suggestions, les directives et les renseignements dont elle a besoin. Enfin, le soutien instrumental se manifeste par de l'aide matérielle comme de l'argent, un abri, du temps ou des efforts (Leymann et Lindell, 1992). Par exemple, si les services de police et les autres membres du système de justice pénale n'offrent pas nécessairement un soutien affectif (Campbell et coll., 1999), ils peuvent fournir de l'information ou une aide tangible dans le cadre des enquêtes (Norris et coll., 1997). De plus, le modèle de prise de décisions de Greenberg et Ruback (1992) comprend la comparaison sociale (soutien d'appréciation) et la recherche d'information (soutien d'information) et leur recherche confirme la forte influence que les proches, en apportant ce genre de soutien, peuvent avoir sur les décisions de la victime.

À la suite de leur examen du soutien naturel (famille, amis, proches) et professionnel (policiers, personnel médical, spécialistes de la santé mentale), Norris et coll. (1997) soulignent qu'il est bénéfique pour les victimes de raconter leur expérience à quelqu'un d'autre. Ils ajoutent que les victimes semblent vouloir raconter constamment leur traumatisme et exprimer les sentiments qu'ils éprouvent. Pour Greenberg et Ruback (1992), cette répétition est pour la victime une façon de créer des simulations qui l'aide à donner un sens à sa victimisation. Cette tendance peut être pour la victime un moyen de mieux comprendre son traumatisme, de confirmer ses réactions auprès de personnes en qui elle a confiance (appréciation) ou simplement de partager les émotions que suscite sa victimisation (émotionnel). Il se peut aussi que la victime souhaite confirmer que ses actes et son comportement lors du crime étaient raisonnables et justifiés (Nolen-Hoeksema et Davis, 1999). Dans un certain sens, parler ainsi aux autres peut aider la victime à faire le point sur l'expérience de sa victimisation, de sorte qu'elle est davantage satisfaite de son comportement, toujours dans l'optique du concept des simulations cognitives dont nous avons déjà parlé (Greenberg et Ruback, 1992). Il ne faut pas oublier que le soutien social semble jouer un rôle très important dans le processus décisionnel des victimes d'un crime.

Recherche d'information

Comme nous l'avons mentionné, les victimes peuvent tenter de surmonter leur traumatisme en cherchant du soutien social, mais l'objectif du soutien peut varier. La recherche d'information est pour les victimes un moyen de s'adapter à la victimisation (Hagemann, 1992). Comme l'affirment Greenberg et Ruback (1992), cela peut aider la victime à décider des mesures qu'elle prendra. L'information peut aussi porter sur les progrès d'une affaire criminelle, l'apprentissage de nouvelles aptitudes, les ressources en matière de traitement ou une multitude d'autres questions qui, pour la victime, ont une grande importance. Malheureusement, beaucoup de victimes ont de la difficulté à obtenir l'information qui les intéresse (Campbell et coll., 1999). La gestion du stress à la suite d'un incident critique, dont il sera question plus loin, est une méthode qui permet de répondre à ce besoin d'information (Everly et coll., 2000; Turner, 2000).



Recadrage cognitif de la victimisation : Mettre en évidence les aspects positifs de la victimisation

Dans son étude sur les victimes d'une agression sexuelle, Hagemann (1992) constate que certaines victimes semblent tirer une certaine satisfaction du fait qu'elles peuvent se qualifier de victimes d'une agression sexuelle. D'ailleurs, Thompson (2000) a examiné les cas de victimes d'agressions sexuelles qui n'avaient bénéficié d'aucune aide et a constaté que certaines femmes s'étaient d'emblée qualifiées de victimes parce que ce terme excluait tout reproche et toute responsabilité. Par contre, à la suite d'un processus d'adaptation, elles ont opté pour le terme survivantes à cause de ses connotations positives comme la force, la guérison et la lutte contre l'adversité. Ce mécanisme d'autopersuasion et d'étiquetage est une stratégie cognitive importante qui permet à certaines victimes de mieux comprendre le crime qu'elles ont subi et de reprendre la maîtrise de leur vie. Ces observations se rapprochent de celles de Davis et coll. (1998), qui constatent que les individus, pour s'adapter au sentiment de dépossession, ont souvent recours à deux stratégies cognitives connexes, soit de donner un sens à l'événement et de tirer profit de leur expérience. De plus, ces auteurs affirment que la recherche de la signification de l'événement est plus importante lorsqu'elle se produit tôt au stade de l'adaptation, tandis que la perception des avantages est un processus à plus long terme. Si ce processus était confirmé par des moyens empiriques chez les victimes, il pourrait servir à évaluer les progrès plutôt qu'à réduire simplement la symptomatologie.

Recadrage cognitif de la victimisation : L'autocomparaison

Non seulement les victimes semblent trouver un avantage à se considérer plutôt comme survivantes d'un crime, mais certaines semblent aussi capables de se concentrer sur la force associée à l'adaptation fructueuse au traumatisme (Thompson, 2000). Les recherches de McFarland et Alvaro (2000) le démontrent également. Ces chercheurs ont constaté que les victimes étaient davantage susceptibles de déclarer une plus grande amélioration de leurs caractéristiques personnelles après des événements traumatisants de la vie qu'après des événements de la vie légèrement négatifs. Par contre, les proches de ces victimes n'avaient pas observé de changements aussi importants. À la suite d'une série d'études, ces chercheurs ont conclu que les victimes avaient tendance à dévaloriser leurs forces d'avant le traumatisme dans le but de percevoir une croissance positive résultant du traumatisme (McFarland et Alvaro, 2000). Dans un certain sens, durant le processus de recherche de la signification, les victimes s'efforcent de préserver le concept de croissance. Certaines victimes semblent adopter le point de vue suivant : ce qui ne me tue pas me rend plus fort.

Recadrage cognitif de la victimisation : La comparaison sociale

Souvent, les victimes vont se livrer à des comparaisons ascendantes ou descendantes pour comprendre et surmonter leur victimisation. La comparaison ascendante consiste à se comparer à d'autres victimes qui se sont mieux tirées d'affaire. Ces individus semblent alors servir de source d'inspiration pour les autres victimes (Greenberg et Ruback, 1992). Il existe toutefois le risque que ces « modèles » provoquent chez la victime un sentiment de découragement devant sa propre condition et lui laissent croire qu'elle ne pourra jamais faire autant de progrès. La comparaison descendante consiste à se comparer à quelqu'un dont la situation est pire. De cette manière, la victime peut se reconforter en se disant qu'elle n'a pas subi de blessures physiques importantes ou une perte aussi considérable. Ces deux procédés peuvent aider les victimes à comprendre leur victimisation, mais il semble que la comparaison descendante les aide à se sentir mieux (Hagemann, 1992; Greenberg et Ruback, 1992; Thompson, 2000). Il faut souligner qu'en l'absence immédiate de modèles négatifs, les victimes s'inventent des scénarios où elles s'imaginent avoir subi des dommages physiques, affectifs ou

personnels plus graves (Greenberg et Ruback, 1992). Cette façon de se dire intérieurement que « les choses auraient pu être pires » semble aider la victime à voir sa situation selon une perspective différente et même à se concentrer sur les aspects positifs que comporte le fait d'avoir survécu (Thompson, 2000). Au bout du compte, l'objectif de cet exercice est d'apprendre à accepter son expérience de victimisation (Hagemann, 1992), ce qui est aussi l'objectif de certains traitements (Layne et coll., 2001).

Activités permettant de reprendre le contrôle de soi

Dans le but de retrouver un sentiment de contrôle et de sécurité, les victimes peuvent aussi adopter des moyens particuliers. Hagemann (1992) indique que certaines victimes suivent des cours d'autodéfense. On peut supposer qu'entreprendre des poursuites en justice contre l'auteur du crime peut aussi aider la victime à reprendre dans une certaine mesure le contrôle perdu (Greenberg et Ruback, 1992).

Activisme

Certaines victimes semblent recouvrer leur équilibre en devenant activistes ou en prenant la défense des droits des victimes (Hagemann, 1992). De cette manière, elles font passer leur victimisation du niveau personnel au niveau social, en s'efforçant de changer les facteurs sociaux qui, selon elles, ont contribué à leur victimisation.

Évitement : Évitement comportemental actif

L'évitement peut notamment prendre la forme d'un évitement comportemental, comme demeurer chez soi ou s'absenter du travail (Hagemann, 1992) ou consommer des médicaments, de l'alcool ou de la drogue (Everly et coll., 2000; Hagemann, 1992; Mezy, 1988; Wolkenstein et Sterman, 1998). En règle générale, les chercheurs reconnaissent que ces pratiques ne sont que des solutions d'urgence au traumatisme sous-jacent, mais qu'elles peuvent avoir une certaine valeur adaptative en aidant l'individu à tirer profit de petites expériences fructueuses. En d'autres termes, l'évitement initial peut aider la victime à prendre le temps nécessaire pour « panser ses plaies » et rassembler les ressources qui lui permettront de refaire sa vie et de relever d'autres défis (comme le système de justice pénale).

Évitement : Dénier et illusion sur soi-même

Le déni et l'illusion sur soi-même, qui agissent essentiellement à la manière d'un évitement psychologique, aident l'individu à effacer ses souvenirs, du moins temporairement. Thompson (2000) explique que le blocage actif des souvenirs et des sentiments aide à maîtriser les émotions accablantes. Stillwell et Baumeister (1997) affirment que les gens ont tendance à déformer leurs souvenirs afin de se faire valoir sous un jour plus positif et plus sympathique. Mikulincer, Florian et Weller (1993) ont montré que les gens qui utilisent des stratégies d'évitement pour surmonter un traumatisme sont plus susceptibles de nier ou de minimiser leur détresse intérieure. Bien que ces mécanismes risquent d'empêcher les victimes de chercher de l'aide, ils peuvent néanmoins atténuer la détresse initiale (Hagemann, 1992). Ullman (1999), qui partage ce point de vue, ajoute que même si les stratégies d'évitement (toxicomanie, vie à l'écart des autres, etc.) sont habituellement liées à des problèmes plus profonds, elles peuvent aussi être adaptatives parce qu'elles aident la victime à surmonter le traumatisme initial.



Évitement : Dissociation

La dissociation est une stratégie d'adaptation qui semble plus souvent utilisée par les individus ayant des antécédents de traumatismes fréquents et graves (Martínez-Taboas et Bernal, 2000). Selon Harvey et Bryant (2002), la dissociation qui survient naturellement peut aider la victime à surmonter son traumatisme, de la même manière que la toxicomanie ou les défenses psychologiques contribuent à atténuer les souvenirs du traumatisme. Ils notent que la dissociation peut faire obstacle à l'encodage des souvenirs durant le traumatisme original. Ce changement cognitif permet à la victime d'oublier les aspects particulièrement pénibles du traumatisme, ce qui peut atténuer la détresse. Ozer et coll. (2003) indiquent cependant que les individus atteints de dissociation pendant ou immédiatement après l'expérience traumatique étaient plus susceptibles d'éprouver ensuite le syndrome de stress post-traumatique. Ils soulignent que ce lien était particulièrement manifeste chez les individus qui ont eu besoin par la suite de soins de santé mentale. La dissociation peut donc être une arme à double tranchant : elle peut aider la victime dans l'immédiat, mais elle peut aussi causer un risque accru de problèmes dans l'avenir.

Affrontement : Rétrécissement du champ de concentration sur le plan cognitif

Holman et Silver (1998) rappellent que la capacité de traiter l'information diminue chez l'individu exposé à des stimulus complexes. Celui-ci peut donc ralentir cognitivement l'écoulement du temps présent pour absorber tous les stimulus. Dans de telles circonstances, l'individu impose cognitivement à son univers subjectif un mouvement de ralenti afin de pouvoir traiter tous les événements. Selon ces auteurs, il s'agit là d'une réponse adaptative, mais dans certains cas ce « rétrécissement » de l'avenir risque de provoquer une mauvaise adaptation si la victime se concentre uniquement sur l'événement traumatisant et laisse de côté les autres expériences (Holman et Silver, 1998). De plus, rappelons que Greenberg et Ruback (1992) ont observé que l'excitation, et plus particulièrement la colère, améliorait la qualité des souvenirs. L'excitation peut donc aider la victime à concentrer son attention sur certains aspects particuliers du crime. Cette attention peut toutefois devenir une mauvaise adaptation si l'individu s'efforce de surmonter sa victimisation en ne la considérant que comme une partie de son expérience de vie.

En conclusion, les victimes disposent de plusieurs stratégies d'adaptation, et leur choix est le plus souvent une combinaison d'aptitudes cognitives appliquées à la résolution de problèmes, d'antécédents et de variables individuelles de la personnalité. La liste ci-dessus n'est pas exhaustive, car chaque individu est animé par ses propres pensées et sentiments, dont la synergie lui permet d'adopter des comportements et des stratégies d'adaptation. Il y a donc autant de stratégies différentes qu'il y a de victimes. Cette liste doit servir de guide pour comprendre le lien entre les activités cognitives sous-jacentes et les activités d'adaptation. Cependant, la théorie et la recherche concluent toutes deux que le soutien social exerce une influence majeure sur la prise de décisions et l'adaptation subséquente. Les sous-sections qui suivent examinent l'utilité relative des soutiens naturels et professionnels pour les victimes d'un crime.

2.4.1 Utilisation de soutiens naturels

Dans les pages qui précèdent, nous avons souligné à maintes reprises l'importance du soutien pour les victimes d'un crime. Ce soutien peut être avant tout émotionnel, appréciatif, informatif ou instrumental (Leymann et Lindell, 1992), mais il englobe généralement tous ces objectifs à des degrés divers. C'est pourquoi les personnes qui assurent le soutien vont d'abord écouter la victime, puis lui présenter une

perspective différente et lui recommander des ressources où elle trouvera des aliments, un toit et de l'argent. De toute évidence, la manière particulière dont le soutien se manifeste dépend de la relation qui unissait antérieurement la personne qui offre le soutien et la victime ainsi que du niveau de détresse de cette dernière. Quel que soit son caractère particulier, le soutien proprement dit semble être un instrument essentiel pour atténuer la détresse de la victime. Rappelons les commentaires exprimés précédemment à propos de la recherche de Norris et coll. (1997), qui ont étudié les conséquences psychologiques du crime au moyen d'un sondage téléphonique longitudinal réalisé au Kentucky. Ces chercheurs ont examiné les activateurs, les réactions, les conséquences et les modérateurs qui entrent en jeu dans le processus de la victimisation. Dans leur examen des soutiens naturels en tant que modérateurs, ils ont constaté que l'impression de pouvoir obtenir du soutien a pour effet de réduire considérablement la dépression et l'anxiété de la victime. Autrement dit, le seul fait de savoir qu'elle peut obtenir de l'aide, au besoin, est suffisant pour réduire ses symptômes. Cette conclusion prend encore plus d'importance si on la rapproche d'une autre constatation, suivant laquelle le soutien réellement obtenu ne produit aucun autre effet (Norris et coll., 1997). En d'autres termes, la victime trouve la stabilité et le réconfort dans le fait de savoir qu'elle peut obtenir de l'aide si elle en a besoin. Lorsque la victime a recours au soutien disponible, il ne semble pas qu'elle en retire un bénéfice supérieur à celui qu'elle obtient en sachant qu'elle peut compter sur de l'aide. Cet effet est peut-être attribuable au fait que la victime a besoin de croire que son univers immédiat est sûr et qu'elle peut y trouver des appuis plutôt qu'à l'aide réellement reçue des autres. Cette observation a aussi une incidence sur l'importance de la visibilité des programmes d'aide aux victimes. L'examen des différents types d'aide révèle un effet différentiel. Le soutien émotif et informatif provenant des sources d'aide naturelles produit un effet positif sur l'anxiété. Celle-ci diminue quand la victime reçoit de l'aide. De plus, le soutien social perçu en ce qui concerne le remplacement de la perte résultant de la victimisation réduit l'anxiété et la dépression (Norris et coll., 1997). Le soutien social perçu exerce aussi une influence importante sur le développement du syndrome de stress post-traumatique, et les victimes qui affirment avoir bénéficié d'un plus grand soutien perçu font aussi état de moins de symptômes du syndrome de stress post-traumatique (Ozer et coll., 2003).

Ces résultats démontrent que la victime n'a pas besoin de recevoir de l'aide dans la mesure où elle sait qu'elle peut compter sur le soutien de sa famille et de ses amis. Pour expliquer cette conclusion, on peut avancer que la victimisation a des effets sur l'univers perceptif (le monde n'est pas sûr; les gens sont méchants; je suis sans défense; je suis seul) et que les croyances qui remettent en question ces perceptions (peu importe si elles sont vraies) ont un effet positif sur les symptômes. Cette conclusion revêt une importance particulière dans l'optique de la présente étude, soit les effets cognitifs du crime. Elle montre que les éléments cognitifs à eux seuls peuvent aider l'individu à surmonter sa victimisation. Autrement dit, le simple fait de croire (un élément cognitif) qu'il peut recevoir de l'aide est suffisant pour atténuer les symptômes psychologiques du traumatisme, comme l'anxiété et la dépression. Cette conclusion est en partie étayée par Kliwer, Murrelle, Mejia, Torres de G. et Angold (2001), qui ont constaté que le soutien fourni par la famille atténue les effets négatifs subis à la vue de la violence familiale.

De la même manière, l'aide réellement reçue a aussi pour effet de réduire chez la victime la peur liée au crime (Norris et coll., 1997). Pour ces auteurs, cette observation indique que la plupart des amis et membres de la famille sont en mesure de comprendre la peur liée au crime et d'intervenir avec succès. C'est pourquoi beaucoup de victimes d'un crime peuvent tirer profit du soutien social et semblent recourir à tous les types de soutien disponibles, même des étrangers, pour mieux surmonter la



victimisation et s'adapter au traumatisme (Greenberg et Ruback, 1992). Cependant, les personnes qui composent le système de soutien naturel de la victime peuvent avoir de la difficulté à évaluer et à traiter les problèmes associés à certains symptômes liés au traumatisme, comme la dépression et l'anxiété. Selon d'autres recherches, les victimes considèrent que les soutiens naturels leur sont plus utiles que les soutiens professionnels (Leymann et Lindell, 1992). Ces chercheurs ont examiné les sources possibles de soutien après un vol à main armée et les ont subdivisées de la manière suivante: primaires (naturelles), autorités publiques, fournisseurs de soins professionnels, responsables de l'entreprise, autorités judiciaires et personnes motivées par la curiosité. Ils ont constaté que les soutiens naturels étaient considérés comme les plus utiles, les autorités publiques (police, etc.) arrivaient au deuxième rang et les fournisseurs de soins professionnels (agents du personnel, psychologues, personnel infirmier, médecins) arrivaient au troisième rang. Évidemment, ils ont aussi constaté que les victimes considéraient que les personnes motivées par la curiosité, comme les journalistes et les clients, étaient les moins utiles. Ils ont aussi observé que les femmes plus que les hommes affirmaient avoir bénéficié d'un meilleur soutien social (Leymann et Lindell, 1992). Même si les hommes considéraient qu'ils n'avaient pas bénéficié d'un aussi bon soutien, la police s'est adressée plus souvent à eux pour recueillir des déclarations.

Même si les soutiens naturels peuvent être efficaces et sont très estimés par les victimes, le recours aux systèmes naturels comporte des coûts. En étudiant les ruminateurs, qui ressassent inlassablement les détails du crime et leurs réactions, Nolen-Hoeksema et Davis (1999) soulignent un fait très important, soit que l'accès aux réseaux sociaux ne signifie pas nécessairement l'accès au soutien social. Ils ont constaté que les ruminateurs tirent un grand profit du soutien social. Les non-ruminateurs tirent aussi profit du soutien social, mais à un degré moindre. Même s'ils peuvent tirer davantage de profit du soutien social, les ruminateurs affirment généralement que le secours de leur réseau de soutien n'a pas été suffisant. Ces auteurs croient que même si les soutiens naturels ont pu vouloir au départ venir en aide à la victime, ils se sont peut-être lassés ensuite d'entendre toujours les mêmes récriminations ou le même récit des événements. Dans une telle dynamique, les soutiens naturels peuvent en venir à inciter le ruminateur à oublier le traumatisme ou à considérer le crime comme une « affaire classée ». Dans de telles circonstances, le ruminateur ne reçoit pas le soutien qu'il recherche. De plus, le soutien naturel ne renforce pas le mode d'adaptation préféré du ruminateur et risque fort de ne pas lui fournir le type de soutien appréciable que celui-ci attend (accord sur le plan d'action qu'il a choisi). Lorsqu'elles se rendent compte que leurs soutiens ont apprécié leurs actes différemment, les victimes peuvent se sentir critiquées, aussi bien pour leur comportement lors du crime que pour les pensées ou les sentiments qu'elles éprouvent au sujet du traumatisme. Autrement dit, en recherchant un soutien appréciable, la victime risque d'entendre des choses qu'elle ne voudrait pas entendre. En effet, même lorsque les gens s'efforcent de bien faire, il leur arrive de faire des choses qui blessent au lieu d'aider. C'est ce qui peut arriver quand le soutien naturel opte pour une stratégie d'adaptation différente de celle de la victime. Dans ce cas, si la victime a besoin d'un soutien affectif alors que ses amis pensent qu'elle a besoin d'information, elle aura l'impression de ne pas avoir reçu le soutien nécessaire. Le contraire est tout aussi vrai : la victime qui recherche de l'information pourra se sentir frustrée si son soutien veut mettre l'accent sur les émotions.

Dans leur recherche unique auprès de cliniciens au moyen de groupes de consultation, Nelson, Wangsgaard, Yorgason, Higgins Kessler et Carter-Vassol (2002) se sont intéressés au problème des couples dont les deux partenaires avaient des antécédents traumatiques. Ils ont mis en évidence une dynamique particulièrement dommageable qu'ils ont appelée le couple « préoccupé-répulsif ». Dans

cette dynamique, les deux partenaires adoptent des manières de considérer le traumatisme qui sont complémentaires. Par exemple, l'un des partenaires peut devenir préoccupé, ruminatif ou accablé par les effets de l'événement, tandis que l'autre peut nier, supprimer ou repousser les effets de l'événement. On peut ainsi imaginer facilement que chacun des deux partenaires va tenter d'amener l'autre à adopter son mode d'adaptation. En conséquence, il est probable que les deux partenaires finiront par considérer qu'aucun des deux n'écoute l'autre et ne veut l'aider, ce qui risque d'aggraver le traumatisme initial.

Revenons à Nolen-Hoeksema et Davis (1999) et à leur recherche sur les ruminateurs. Les chercheurs ont constaté que même si les victimes bénéficiaient d'un soutien, le contact avec des personnes non coopératives ajoute un stress additionnel au traumatisme initial et provoque une détresse encore plus vive. Cette situation empêche le ruminateur d'améliorer son état. Cette recherche a montré aussi que les ruminateurs éprouvaient une détresse encore plus profonde quand leurs amis ou les membres de leur famille les critiquaient, n'approuvaient pas leurs décisions importantes ou se trouvaient en opposition quelconque avec eux. Les chercheurs soulignent que ces réactions négatives constituent pour les ruminateurs une source additionnelle de souci et les amènent à remettre en question leur comportement ou leurs réactions émotives (Nolen-Hoeksema et Davis, 1999). Par contre, le soutien positif qui fait place au partage des émotions semble aider les ruminateurs à surmonter leur détresse et leurs soucis plus activement et plus efficacement.

Pour certaines victimes, il peut donc être utile d'obtenir du soutien professionnel. Dans un monde idéal, la plupart des spécialistes devraient posséder la formation nécessaire pour écouter, offrir un soutien affectif, donner de l'information et faciliter la comparaison sociale. Ils devraient aussi être mieux préparés à entendre les récits et les témoignages répétitifs. Les spécialistes devraient également être en mesure de mieux choisir et offrir le soutien particulier dont les victimes ont besoin. En outre, les victimes ne devaient pas avoir à se soucier de la dégradation des autres aspects de la relation puisque l'objectif de cette relation consiste à traiter la victimisation du traumatisme. Passons maintenant aux soutiens professionnels.

2.4.2 Utilisation de soutiens professionnels

Comme nous l'avons mentionné, beaucoup de spécialistes professionnels peuvent venir en aide aux victimes. Les services de police et le personnel du système de justice pénale offrent des services instrumentaux comme les enquêtes, les arrestations, les poursuites et éventuellement l'incarcération et peuvent aussi fournir de l'information ainsi que du soutien appréciatif et émotif. Le personnel médical fournit lui aussi du soutien instrumental en soignant les blessures physiques et en recueillant des preuves. Les spécialistes médicaux fournissent en outre du soutien informatif (sur les MTS, orientation vers des services aux victimes), appréciatif et émotif, selon les compétences personnelles et les spécialités des professionnels. Les services sociaux et les refuges peuvent aussi fournir un soutien instrumental, en remplaçant l'argent ou les biens perdus, en offrant un milieu sûr, etc., ainsi que d'autres types de soutien. Enfin, les spécialistes de la santé mentale peuvent eux aussi offrir du soutien, particulièrement de type informatif, émotif et appréciatif. La présente section porte sur les spécialistes qui offrent du soutien émotif, informatif et appréciatif; il s'agit ici des spécialistes de la santé mentale, des intervenants de refuges et des fournisseurs de services aux victimes.



Dans son examen des effets de la violence familiale, Lawson (2001) indique que le soutien professionnel assure la reconnaissance des divers types de violence et fournit de l'information sur ce sujet, au moyen du traitement des émotions liées au crime, de la verbalisation, du développement des compétences (communication, résolution des différends), de la planification pratique (comme l'élaboration de plans de sécurité) ainsi que du repérage et de l'utilisation des systèmes de soutien social. L'auteur signale aussi que les spécialistes peuvent aider les victimes à améliorer leur estime de soi, à remettre en question les normes sociétales et familiales négatives et à régler leurs problèmes familiaux. En d'autres mots, les spécialistes peuvent seconder le système de soutiens naturels, ce qui est tout à l'avantage de la victime. Gorman (2001) ajoute pour sa part que les thérapeutes peuvent travailler dans les limites du cadre de référence des victimes afin de les aider à surmonter la victimisation. La victime peut ensuite s'occuper de raconter son histoire au lieu d'essayer de convaincre l'aidant que son point de vue est juste. On voit donc que les spécialistes peuvent être d'un grand secours aux victimes d'un crime, leur proposer des stratégies qui vont les aider et exercer une fonction qui complète l'intervention des soutiens naturels.

Comme nous l'avons déjà dit, Norris et coll. (1997) ont constaté qu'environ 12 p. 100 des victimes demandaient des services de santé mentale, la plupart appartenant au groupe des victimes d'un crime avec violence. Par contre, les victimes d'un crime sans violence ont consulté ces services dans une proportion à peu près égale à ce qu'on peut observer dans la population générale. Cette égalité de proportion entre la population générale et les victimes d'un crime sans violence indique que ces dernières n'ont probablement pas ressenti une plus grande détresse à cause du crime, mais il se peut que le crime ait été le facteur déterminant qui les a incitées à consulter des services d'aide. On constate que les deux principaux prédictors qui incitent les victimes d'un crime à consulter des services d'aide sont la dépression et le recours à la violence par l'auteur du crime. Ces facteurs laissent supposer que les victimes qui éprouvent une détresse plus profonde sont plus susceptibles de consulter un spécialiste. Il est donc possible que les victimes d'un crime avec violence et les victimes d'un crime sans violence qui éprouvent de la détresse soient plus susceptibles de solliciter de l'aide. La gravité de la réaction a une incidence sur le fait que la victime sollicite de l'aide, mais la gravité de l'infraction provoque le même effet. Cette conclusion doit faire l'objet d'un examen plus approfondi, mais elle semble plausible. D'autre part, chez les victimes qui reçoivent des services, les chercheurs ont constaté que l'aide professionnelle était efficace seulement si elle était prompte et continue (Norris et coll., 1997). Cette conclusion, très importante, démontre qu'il est important d'intervenir le plus tôt possible auprès des victimes d'un crime. Cependant, dans un milieu de plus en plus axé sur les interventions de courte durée, les victimes peuvent avoir de la difficulté à repérer les services qui leur conviennent.

Dans le cadre d'une étude multinationale, van Dijk, Mayhew et Killias (1991) ont constaté que seulement 3,8 p. 100 des victimes ont déclaré qu'elles avaient bénéficié d'une forme quelconque d'aide aux victimes, alors que ce pourcentage s'élevait à 10,0 p. 100 aux États-Unis et à 5,5 p. 100 au Canada. Le pourcentage le plus élevé était celui des victimes d'une infraction sexuelle (15,1 p. 100), tandis que le moins élevé était celui des victimes d'un vol (2,4 p. 100). Aux victimes qui n'avaient bénéficié d'aucune forme d'assistance professionnelle, les chercheurs ont demandé si une telle assistance aurait pu leur être utile. En moyenne, 35 p. 100 des victimes ont déclaré qu'à leur avis un tel soutien aurait pu les aider. Soixante-deux pour cent des victimes d'une infraction sexuelle ont manifesté le désir d'obtenir de l'aide, tandis que la proportion était de 52 p. 100 chez les victimes qui avaient fait l'objet de menaces. Les auteurs soulignent toutefois que les résultats concernant le désir d'obtenir de l'aide doivent être considérés avec réserve, car des différences culturelles peuvent avoir

faussé l'interprétation du sondage. Par exemple, ils ont observé que certains répondants ont pu penser que « soutien » pouvait signifier « soutien financier » (van Dijk et coll., 1991), comme le laisse croire le nombre relativement élevé (45 p. 100) de victimes d'un vol de bicyclette qui auraient voulu bénéficier d'une certaine aide.

À ce stade, il est opportun de présenter un exemple d'intervention professionnelle qui semble empiriquement justifiée. Le traitement en question a été choisi précisément pour montrer comment les changements cognitifs peuvent améliorer les symptômes de la victime, dans la perspective globale du sujet qui nous occupe ici. Resick et coll. (2002) ont réalisé une étude de résultats portant sur la thérapie du processus cognitif (TPC). Au cours de 12 séances, les cliniciens montrent aux patients comment se défaire des concepts faussés (p. ex. le déni et le blâme dirigé contre soi), des concepts surgénéralisés au sujet de soi et du monde ainsi que des croyances et hypothèses précédant le traumatisme. Le patient apprend ainsi des instructions verbales nouvelles et plus équilibrées. La TPC comprend aussi un élément d'exposition où les patients doivent rédiger un compte rendu détaillé de l'incident traumatique et en discuter. Resick et coll. (2002) ont comparé la TPC à une exposition prolongée et une attention minimale chez 171 victimes d'agression sexuelle. Le groupe d'exposition prolongée comportait l'éducation, la rééducation fonctionnelle respiratoire et l'exposition comportementale à des rappels environnementaux du traumatisme et l'exposition au souvenir du traumatisme par le biais de l'imagination. Les participants du groupe ayant fait l'objet d'une attention minimale n'ont subi que les procédures d'évaluation et on leur a téléphoné toutes les deux semaines pour leur demander s'ils avaient besoin de services d'urgence. Après six semaines, les chercheurs ont affecté au hasard soit à la TPC, soit à l'exposition prolongée les membres du groupe ayant fait l'objet d'une attention minimale.

La TPC et l'exposition prolongée ont toutes deux permis de traiter les victimes d'une agression sexuelle atteintes de détresse chronique. Les victimes du groupe faisant seulement l'objet d'une attention minimale n'ont connu aucune amélioration sensible. La TPC a surtout contribué à atténuer les cognitions de culpabilité (blâme dirigé contre soi, impression de mal agir, etc.). L'analyse plus approfondie des données a montré que certains symptômes du syndrome de stress post-traumatique se sont d'abord aggravés puis se sont atténués (Nishith, Resick et Griffin, 2002). Cependant, les symptômes du syndrome de stress post-traumatique se sont considérablement atténués après la première séance d'exposition (une séance durant laquelle la victime doit présenter un compte rendu détaillé de son agression sexuelle). Les chercheurs croient que l'exposition peut être un instrument actif de changement dans les interventions professionnelles (Nishith et coll., 2002). Le soutien professionnel peut donc proposer des stratégies spécifiques et ciblées permettant d'aider les victimes éprouvant une détresse profonde à surmonter leurs symptômes.

Il faut toutefois éviter l'écueil d'un a priori clinique quand il est question du soutien professionnel. En effet, Nelson et coll. (2002) rappellent que les cliniciens assument souvent que les individus ayant vécu un événement potentiellement traumatisant subiront nécessairement un traumatisme. En fait, une telle « non-réaction » peut être considérée comme pathologique en soi et à rapprocher de la dissociation ou d'un « choc » (Mikulincer et coll., 1993). Ces auteurs soulignent toutefois que les patients doivent être l'autorité en ce qui concerne leur propre réaction. En ne tenant pas compte de l'autoévaluation du patient, on risque de ne pas lui venir en aide et d'aggraver la réaction au traumatisme. Le clinicien doit faire preuve de prudence quand il ne sait pas exactement pourquoi la victime ne manifeste pas les symptômes courants du traumatisme. Les cliniciens peuvent offrir un soutien et une information thérapeutiques (Nelson et coll., 2002) qui aideront la victime à mieux définir ses propres besoins. Cette



alliance permet à la victime et au clinicien de collaborer en vue de l'amélioration. Le clinicien peut aussi aider les patients, particulièrement ceux qui éprouvent une profonde détresse, en établissant un diagnostic judicieux. Le diagnostic d'un trouble connu aide souvent la victime à obtenir les services nécessaires. Nous allons maintenant nous intéresser au diagnostic et à la médicalisation du traumatisme.

2.5 Médicalisation du traumatisme

2.5.1 Liens avec les troubles DSM-IV

Comme nous l'avons mentionné déjà, la victimisation et le traumatisme provoquent des effets différents chez chaque individu, et beaucoup de victimes éprouvent des problèmes sociaux, des difficultés de communication, des symptômes de stress, de l'anxiété, deviennent dépressifs, se sentent isolés, la qualité de leurs relations se détériore et leur intimité est atteinte (Nelson et coll., 2002). Une grande part des travaux de recherche consultés se sont intéressés aux catégories de diagnostics, et plus particulièrement au syndrome de stress post-traumatique. Il n'est pas étonnant de constater que les stratégies d'adaptation individuelles s'attaquent aux problèmes spécifiques comme le syndrome de stress post-traumatique, l'anxiété et la dépression (Byrne et coll., 1999; Dempsey, 2002). Dans une étude portant sur les effets de la violence chez les jeunes des quartiers urbains déshérités, Dempsey (2002) a constaté que la présence de la violence dans la perpétration des crimes et l'adaptation négative expliquaient 30 p. 100 de la variance du syndrome de stress post-traumatique, 11 p. 100 de la variance de l'anxiété et 20 p. 100 de la variance de la dépression. Cela signifie que la violence criminelle et l'adaptation négative permettent de prévoir le syndrome de stress post-traumatique, l'anxiété et la dépression à des degrés presque significatifs, mais variables. La présente section décrit les travaux de recherche portant sur le syndrome de stress post-traumatique, l'anxiété et la dépression.

Syndrome de stress post-traumatique et anxiété

Quand on étudie le syndrome de stress post-traumatique et l'anxiété, il faut se rappeler que le syndrome de stress post-traumatique est un type particulier d'anxiété. L'anxiété et la peur peuvent prendre la forme de l'agoraphobie, d'autres phobies, de crises de panique, d'anxiété sans cause connue, d'anxiété généralisée et du syndrome de stress post-traumatique. Les symptômes habituels de la plupart des troubles d'anxiété comprennent la peur, la détresse, les soucis, des symptômes physiologiques (sudation, tremblements, respiration difficile, nausée, douleur thoracique, étourdissements, etc.), des modifications du comportement (évitement, rituels) et des comportements visant à atténuer la détresse (American Psychiatric Association, 1994). De plus, le syndrome de stress post-traumatique survient après un traumatisme, et ses symptômes peuvent prendre la forme de symptômes de l'anxiété, comme la peur, l'impuissance, des souvenirs envahissants et récurrents, des rêves pénibles, des retours sur l'événement, la détresse intense, la réactivité physiologique, l'évitement, la suppression des pensées et des sentiments et des symptômes spécifiques comme des troubles du sommeil, l'irritabilité, des crises de colère, le manque de concentration, l'hypervigilance et la réaction exagérée à la surprise (American Psychiatric Association, 1994). Ce qui distingue essentiellement le syndrome de stress post-traumatique des autres troubles anxieux, c'est l'événement à l'origine du traumatisme. Il n'est donc pas étonnant que les travaux de recherche et les traitements se rapportant à l'adaptation à la victimisation traumatique aient été axés sur le syndrome de stress post-traumatique.

L'anxiété et la peur ont été associées à la violence dans le milieu de travail (Rogers et Kelloway, 2000), aux agressions sexuelles (Byrne et coll., 1999), aux agressions sexuelles durant l'enfance (Merrill, Thomsen, Sinclair, Gold et Milner, 2001), aux incidents critiques (p. ex. les accidents, la victimisation, le traumatisme de la guerre, etc.) (Everly et coll., 2000), au crime avec violence (Byrne et coll., 1999) et à la violence familiale (Wolkenstein et Sterman, 1998). Quant au syndrome de stress post-traumatique en particulier, il est considéré comme une conséquence relativement courante de la victimisation (Byrne et coll., 1999). À ce propos, la recherche de Ruscio, Ruscio et Keane (2002) indique que le syndrome de stress post-traumatique ne constitue pas un syndrome catégoriquement distinct par rapport à la détresse normale, mais plutôt l'aboutissement ultime d'une progression. Cela est important, disent ces chercheurs, si nous voulons savoir quelles victimes sont les plus susceptibles d'avoir besoin d'une intervention clinique et d'en bénéficier. Nous devons donc recourir à la recherche empirique et à des études cliniques pour déterminer les meilleurs critères et le meilleur seuil limite à utiliser pour bien repérer ces victimes et leur fournir les services nécessaires (Ruscio et coll., 2002).

Quand on étudie le syndrome de stress post-traumatique, on se demande souvent pourquoi certaines personnes en sont atteintes et d'autres ne le sont pas. Cette apparente contradiction est probablement attribuable au fait que l'on considère le syndrome de stress post-traumatique comme une notion distincte, ce qui n'est peut-être pas le cas (Ruscio et coll., 2002). En tout cas, certains facteurs semblent rendre certaines personnes plus susceptibles d'être atteintes de ce syndrome; ces facteurs sont notamment les antécédents psychiatriques personnels, les mauvais traitements subis durant l'enfance et les antécédents psychiatriques familiaux (Brewin et coll., 2000). Ces auteurs ont observé un lien moindre entre le syndrome de stress post-traumatique et l'éducation, un traumatisme antérieur et des difficultés générales durant l'enfance. Ils soulignent aussi que le sexe, l'âge au moment du traumatisme et la race permettaient de prévoir le syndrome dans certaines populations, mais pas dans d'autres. Malgré ces liens, ils ont constaté que les facteurs liés au crime et au traumatisme comme la gravité du traumatisme, le manque de soutien social et les autres stress de la vie avaient des effets un peu plus forts que ces facteurs de risque (Brewin et coll., 2000).

Ozer et coll. (2003) ont réalisé une méta-analyse exhaustive des prédicteurs du syndrome de stress post-traumatique et ont obtenu des résultats semblables à ceux de Brewin et coll. (2000). Ils ont constaté que le prédicteur le plus fort de l'apparition du syndrome de stress post-traumatique était la dissociation, pendant ou immédiatement après l'expérience traumatisante. Ils indiquent de plus que cette relation était la plus forte chez les sujets ayant cherché à obtenir des services de santé mentale et dans les études où la période écoulée entre le traumatisme et l'évaluation était plus longue. Les chercheurs ont observé une relation faible ou modérée entre le syndrome de stress post-traumatique et la perception d'une menace mortelle, la perception d'un manque de soutien social et des réactions émotionnelles très négatives pendant ou immédiatement après le traumatisme. Par conséquent, l'absence de réaction (dissociation) est un prédicteur de l'apparition du syndrome de stress post-traumatique et des réactions émotionnelles extrêmes sont aussi un prédicteur de l'apparition du syndrome. Cela indique que la victime doit traiter rapidement l'information, y compris l'information émotionnelle, et recourir le plus tôt possible aux mécanismes d'adaptation. Enfin, Ozer et coll. (2003) ont observé des relations faibles mais significatives entre l'existence de traumatismes antérieurs, des antécédents psychiatriques personnels et familiaux et l'apparition du syndrome de stress post-traumatique en réaction à un traumatisme. En examinant plus en détail les recherches sur les antécédents de traumatismes, ils ont observé une relation modérée entre un traumatisme et le syndrome de stress post-traumatique lorsque l'événement traumatisant était un crime, par opposition à une



catastrophe naturelle. De plus, en examinant différents diagnostics psychiatriques personnels, ils ont constaté que la dépression était un prédicteur modéré de l'apparition du syndrome en réaction à un traumatisme.

La gravité des symptômes du syndrome de stress post-traumatique consécutif à un traumatisme antérieur semble aussi être un facteur de risque. Brunet, Boyer, Weiss et Marmar (2001) ont constaté que 75 p. 100 des individus éprouvant des symptômes graves du syndrome de stress post-traumatique après un premier traumatisme avaient aussi éprouvé des symptômes graves du syndrome de stress post-traumatique à la suite d'un autre traumatisme. Cette relation n'a pas été observée chez les individus qui manifestaient des symptômes modérés ou faibles du syndrome de stress post-traumatique. Brunet et coll. (2001) en concluent que les cliniciens devraient déterminer l'existence de symptômes d'un syndrome de stress post-traumatique antérieur et la gravité de tout épisode antérieur du syndrome de stress post-traumatique lorsqu'ils évaluent le risque des symptômes d'un éventuel syndrome de stress post-traumatique. De même, les chercheurs ont établi un lien entre l'élévation du rythme cardiaque après une expérience traumatisante et un diagnostic subséquent du syndrome de stress post-traumatique, ce qui indique que l'excitation physiologique peut jouer un rôle important dans l'apparition du syndrome de stress post-traumatique (Bryant, Harvey, Guthrie et Moulds, 2000).

En examinant la dynamique de la réaction au traumatisme et du syndrome de stress post-traumatique, Gilboa-Schechtman et Foa (2001) ont constaté que les victimes d'une agression sexuelle manifestaient de toute évidence des symptômes du syndrome de stress post-traumatique au cours des deux premiers mois suivant l'agression. D'ailleurs, la réaction maximale différée (la période où les symptômes sont les plus intenses) à un événement traumatisant a été associée à une pathologie aggravée. Selon eux, cette réaction différée est attribuable à l'indifférence émotionnelle du sujet durant la phase initiale de l'adaptation au traumatisme, et cette différence individuelle dans le processus d'adaptation exerce une influence sur son rétablissement éventuel. Cette conclusion peut aussi avoir un lien avec les succès attribués aux interventions précoces auprès des patients atteints du syndrome de stress post-traumatique, qui leur permettent de gérer leurs émotions, de développer leurs aptitudes, de maîtriser leurs craintes et de reprendre une vie quotidienne normale (Harvey et Bryant, 2002). En d'autres termes, le traitement direct de la victimisation et du traumatisme associé, jumelé au développement des aptitudes, semble ouvrir une voie prometteuse aux études et aux interventions.

Lorsqu'on tente de déterminer l'existence du syndrome de stress post-traumatique, il peut aussi être important d'examiner certaines caractéristiques d'ordre culturel. Norris, Perilla et Murphy (2001) ont comparé les symptômes du syndrome de stress post-traumatique dans des échantillons de sujets originaires du Mexique et des États-Unis après une catastrophe naturelle. Dans les deux cas, les catastrophes naturelles étaient assez semblables, soit des ouragans qui avaient causé des dommages similaires dans des régions similaires. Les chercheurs ont constaté que les deux échantillons présentaient des relations similaires entre la gravité de l'exposition au traumatisme et les symptômes du syndrome de stress post-traumatique. Cependant, après avoir vérifié la gravité du traumatisme, ils ont constaté que les participants de l'échantillon du Mexique éprouvaient davantage de pensées envahissantes et de symptômes d'évitement, tandis que les participants de l'échantillon des États-Unis éprouvaient davantage de symptômes d'excitation. Les chercheurs ont noté que la culture (ou l'environnement et l'apprentissage) pouvait avoir une influence sur l'apparition de symptômes comme l'évitement, l'indifférence et l'hyperexcitation (Norris et coll., 2001).

Comme nous l'avons mentionné, le syndrome de stress post-traumatique et les troubles liés à l'anxiété sont des manifestations d'un traumatisme qui peuvent être comprises et traitées. Chez les victimes, ces problèmes sont des conséquences très envahissantes et possiblement durables de la victimisation, qui imprègnent toutes les facettes de leur vie. De plus, les autorités médicales ont observé d'autres troubles psychiatriques liés à la victimisation traumatique. Il semble en particulier que la dépression puisse être une des conséquences de la victimisation.

Dépression

Souvent, dans une même étude, les chercheurs s'intéressent à la dépression et à l'anxiété. Comme dans le cas des troubles liés à l'anxiété, la dépression a été associée à la violence en milieu de travail (Rogers et Kelloway, 2000), aux agressions sexuelles (Byrne et coll., 1999; Gilboa-Schechtman et Foa, 2001; Mezy, 1988), aux agressions sexuelles durant l'enfance (Merrill et coll., 2001), aux mauvais traitements (Martínez-Taboas et Bernal, 2000), à la violence familiale (Wolkenstein et Sterman, 1998) et aux incidents critiques (Everly et coll., 2000). La dépression peut se manifester par des symptômes comme l'abattement, la perte d'appétit et de poids, les troubles du sommeil, le manque d'énergie, la culpabilité, le blâme de soi, le sentiment d'être inutile, le désespoir, des problèmes de concentration et des pensées morbides (American Psychiatric Association, 1994).

En tentant de comprendre la dynamique de la victimisation et de la dépression, Daley, Hammen et Rao (2000) ont observé que le stress épisodique pouvait aggraver la dépression, tandis que le stress chronique semblait lié davantage à l'apparition du premier épisode de dépression plutôt qu'aux suivants. Autrement dit, un agent stressant plus chronique, comme le stress que ressent une victime de violence conjugale, est plus susceptible d'attaquer la résistance de la victime. D'autre part, un stress aigu, comme un seul épisode d'agression commise par un inconnu, peut aggraver les sentiments dépressifs. Les auteurs concluent qu'il faudra approfondir les recherches afin d'expliquer les changements qui se produisent dans le rapport entre le stress et la dépression dans l'évolution du trouble (Daley et coll., 2000).

Même s'ils établissent un lien entre la dépression et la gravité du crime, Gilboa-Schechtman et Foa (2001) ont constaté que les victimes d'une agression sexuelle sont plus susceptibles d'éprouver un sentiment de dépression que les victimes d'une agression non sexuelle. Ils considèrent que l'anxiété et le syndrome de stress post-traumatique sont communs à tous les traumatismes, tandis que la dépression est liée seulement à certains types de traumatismes. Ils écrivent à ce sujet :

Étant donné que la plupart des paramètres de la réaction émotionnelle étaient plus graves à la suite d'une agression sexuelle qu'à la suite d'une agression non sexuelle dans les deux ensembles de données, il reste possible que les différences que nous avons observées entre les deux types d'agressions soient attribuables au fait que le viol provoque un traumatisme plus grave qu'une agression non sexuelle (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001, p. 398 [traduction]).

Ce lien entre la dépression et la gravité du crime correspond aux prévisions cliniques, car un traumatisme grave risque davantage de déstabiliser l'individu. L'expérience simultanée de la peur et de l'anxiété, qui peuvent être associées à tous les types de victimisation et de traumatisme, a pour effet d'aggraver la détresse. Comme d'autres l'ont souligné (Mikulincer et coll., 1993), nous devons mieux



connaître le rôle de la détresse intense dans l'apparition possible de la dépression et des autres pathologies chez les victimes.

Une théorie intéressante lie la dépression à l'observation suivant laquelle le fait d'avoir des antécédents de victimisation augmente le risque de revictimisation. Daley et coll. (2000) ont constaté que les individus déprimés possèdent des caractéristiques ou ont des comportements qui augmentent le risque de vivre des événements stressants. C'est ce qu'on appelle la génération du stress. Même si l'on sait qu'il faut faire preuve d'une extrême prudence quand il est question de jeter le blâme sur la victime, il semble logique que les symptômes de dépression comme la culpabilité, le blâme de soi, le désespoir, le sentiment d'être inutile et la difficulté de se concentrer nuisent à l'usage normal des mécanismes d'adaptation et à la résolution des problèmes. Chez la personne déprimée, la tendance à éprouver des pensées négatives et autodévalorisantes est susceptible de l'empêcher d'interpréter positivement les événements de sa vie (Davis et coll., 1998). L'individu poursuit donc sa chute dans une spirale où les échecs augmentent le risque que la dépression s'aggrave.

La dépression et l'anxiété semblent être les diagnostics le plus souvent associés à un traumatisme et à la victimisation. Le syndrome de stress post-traumatique a un lien particulier avec la victimisation du fait qu'un ou des événements précis liés aux symptômes de l'anxiété doivent faire partie des critères du diagnostic. Le lecteur doit se rappeler que ces catégories de diagnostics sont liées plus étroitement à des réactions extrêmes au traumatisme et à la victimisation. Cependant, il y a dans tout acte criminel un grand nombre de variables pouvant exercer une influence sur la victime, comme le contact entre la victime et le criminel, l'usage d'une arme ou de la violence, le fait d'être témoin du crime ou d'en être la cible, etc. De plus, chaque victime a ses propres antécédents, sa propre résilience et sa propre faculté d'adaptation, qui peuvent déterminer la manière dont elle vit et surmonte la victimisation. Ce caractère particulier de chaque victime fait des interventions en groupe un défi intéressant. La section suivante porte sur les caractéristiques de la gestion du stress à la suite d'un incident critique comme méthode visant à prévenir les traumatismes et les pathologies subséquents.

2.5.2 Application du concept de gestion du stress à la suite d'un incident critique (GSIC)

La gestion du stress à la suite d'un incident critique (GSIC) est une méthode d'intervention qui peut aider les victimes d'un crime à obtenir rapidement de l'information et des services et à éviter l'aggravation des symptômes négatifs (Everly et coll., 2000). La GSIC, issue de la fusion des modèles d'intervention d'urgence et des techniques de verbalisation psychologique en groupe, est composée d'une gamme d'interventions (Everly et coll., 2000). La GSIC semble applicable à tous les stades d'une crise. L'information ou la *préparation avant la crise* peut être utile aux personnes qui risquent plus que d'autres d'être victimes d'un crime et comprend une banque de personnel, des fournisseurs de services personnels, etc. À la suite d'une émeute ou d'une catastrophe importante, des *procédures à grande échelle* peuvent être mises en place pour aider les victimes à surmonter les effets immédiats du traumatisme. Dans certains cas, le *counseling individuel en cas de crise aiguë* peut être utilisé pour aider les victimes qui ont besoin d'une intervention plus intensive (p. ex. les victimes immédiates ou celles qui éprouvent des réactions profondes). Les discussions de *désamorçage* sont des rencontres en petits groupes servant à transmettre de l'information très spécifique. Les *séances de discussion sur le stress consécutif à un incident critique* sont des discussions plus longues en petits groupes où un animateur approfondit la situation et où les participants peuvent exposer leurs expériences. Dans certains cas, les *techniques d'intervention en cas de crise familiale* peuvent aider les victimes et les membres de leur famille à surmonter les conséquences du crime. Enfin, compte tenu du fait que la

GSIC n'est pas en soi une thérapie, il peut être nécessaire de recourir à des *procédures de suivi* ou de recommander *une évaluation ou un traitement psychologique* afin de venir en aide aux victimes qui continuent d'éprouver des difficultés (Everly et coll., 2000). Même s'il existe plusieurs variantes de la GSIC, elles ont en commun quelques éléments importants : la discussion cathartique de l'événement, le soutien social et la formation adaptative. La discussion de l'événement et le soutien social sont des fonctions importantes des interventions en groupe et peuvent s'avérer très efficaces pour les participants (Foy et coll., 2001). La formation adaptative, qui peut comprendre des éléments cognitifs et comportementaux, est axée sur le traitement de l'information, l'appréciation cognitive, les attentes et le développement des aptitudes (Everly et coll., 2000). Rappelons que la GSIC a été conçue dans le but d'aider les fournisseurs de soins et les spécialistes du traitement des traumatismes à soigner le stress associé aux incidents critiques; elle n'a pas été conçue au départ pour aider les victimes primaires. Elle peut donc servir aux intervenants de refuges et aux autres personnes qui s'occupent des victimes. Elle a toutefois été généralisée aux victimes directes d'un traumatisme (Everly et coll., 2000).

Comme le signalent Everly et coll. (2000), il existe plusieurs types de GSIC, qui mettent l'accent, à divers degrés, sur le traitement en groupe, les problèmes cognitifs, la prise de décisions, les problèmes émotionnels, les relations interpersonnelles, la gestion des symptômes et l'information. Ces interventions ont pour but d'atténuer les conséquences négatives du traumatisme causé par un crime et d'aider ainsi les victimes à reprendre une vie quotidienne normale. Dans le cas des victimes d'un crime, ce modèle s'appliquerait le mieux à des groupes de victimes, comme des otages, étant donné que la GSIC fait une place importante à la notion de groupe. Ces méthodes sont d'ailleurs souvent assez populaires dans de tels cas, car elles constituent une tentative du système visant à résoudre les problèmes potentiels associés au traumatisme (Kenardy, 2000). La GSIC peut s'avérer moins utile pour les victimes d'un traumatisme de type individuel, car les caractéristiques propres au crime sont des médiateurs importants de la gravité de la réaction. Les principes peuvent toutefois aiguiller les interventions individuelles auprès des victimes, et l'information qui leur est donnée, et sont destinés de toute évidence à ceux qui s'occupent des victimes.

Dans leur examen des interventions en cas de crise chez les victimes d'une agression sexuelle, Calhoun et Atkeson (1991) rappellent que beaucoup de victimes hésitent à entreprendre des démarches pour suivre un traitement approfondi au cours des premiers mois suivant la victimisation. Ces auteurs indiquent toutefois que certains types d'interventions de courte durée permettent d'aider les victimes à exprimer leurs émotions initiales, de leur communiquer de l'information, de leur faire connaître et de leur assurer les ressources de soutien social, d'anticiper les problèmes éventuels, de développer chez elles un sentiment de sécurité, de répondre aux exigences quotidiennes, d'assurer un lien avec les autorités médicales et juridiques et, ce qui est peut-être le plus important, d'assurer un suivi. L'objectif de l'intervention en cas de crise est donc d'aider la victime à s'adapter au stress immédiat de la victimisation, sans nécessairement viser les conséquences qui pourraient se manifester à long terme (Calhoun et Atkeson, 1991). Cette approche plus modeste peut être plus pratique et plus réaliste que de vouloir contenir l'apparition du stress post-traumatique.

Dans une courte étude pilote, Foa, Hearst-Ikeda et Perry (1995) ont comparé un programme apparié d'évaluation et de contrôle à un court programme cognitivo-comportemental (deux heures par semaine pendant un mois) suivi par des victimes éprouvant les symptômes du syndrome de stress post-traumatique à la suite d'une agression physique ou sexuelle. Les auteurs se sont intéressés aux participants qui répondaient aux critères relatifs au syndrome de stress post-traumatique, sans exiger



toutefois que les symptômes soient présents depuis au moins un mois. Le programme, axé sur l'exposition, l'initiation à la relaxation et la restructuration cognitive, a été suivi dans un délai d'un mois suivant la victimisation (moyenne de 15 jours). Au bout d'un mois, sept des dix femmes ayant suivi le programme de traitement ont connu une diminution des symptômes telle qu'elles ne répondaient plus aux critères modifiés du syndrome de stress post-traumatique, et la diminution moyenne de la gravité était de 72 p. 100 selon des évaluateurs indépendants. Seulement une femme sur les dix qui composaient le groupe d'évaluation et de contrôle ne répondait plus aux critères modifiés du syndrome de stress post-traumatique, et la diminution moyenne de la gravité était évaluée à 33 p. 100 (Foa, Hearst-Ikeda et Perry, 1995). Ces résultats impressionnants laissent croire à l'utilité d'un traitement précoce, mais en raison de la taille réduite de l'échantillon il faut interpréter ces résultats avec prudence. Notons aussi que ce programme n'entre pas dans la catégorie des interventions en cas de crise puisque la plupart des participantes ont commencé à le suivre deux semaines après l'agression.

Selon Frank et coll. (1988), il n'y a pas de différences sensibles entre les victimes qui sont traitées immédiatement après le crime et celles qui sont traitées quelque temps plus tard, et les deux groupes tirent profit du traitement. Cette observation correspond aux conclusions d'autres chercheurs qui montrent que les symptômes des victimes peuvent s'atténuer peu importe le temps écoulé entre la victimisation et le traitement (Resick et coll., 2002). Par conséquent, le moment où le traitement est administré peut tout simplement réduire le laps de temps au cours duquel la victime éprouve de la détresse, ce qui est un objectif valable en soi (Frank et coll., 1988). Il faut rappeler toutefois que les cliniciens et autres intervenants doivent tenir compte de la manière dont la victime évalue ses propres réactions à sa victimisation (Mikulincer et coll., 1993). C'est particulièrement important parce que les spécialistes ne doivent pas aggraver la détresse des victimes déjà traumatisées. Un tel manque d'empathie risquerait de reproduire le déséquilibre de pouvoir ressenti par la victime au moment de la victimisation, de provoquer de nouvelles difficultés et de réduire ainsi les chances qu'elle fasse plus tard des démarches pour suivre un traitement. Les cliniciens doivent donc être sensibles aux besoins et aux désirs des victimes quand il est question de leur offrir un traitement ou des services d'urgence.

Il faut rappeler ici que nous sommes loin de l'unanimité en ce qui concerne les bienfaits que les victimes d'un traumatisme peuvent retirer de la GSIC. Bien des chercheurs ont conclu qu'il y a peu de preuves empiriques solides démontrant que la GSIC ou la verbalisation permettent d'atteindre les objectifs visés (Everly et coll., 2000; Kenardy, 2000; Turner, 2000). Everly et coll. (2000) rappellent qu'il faut améliorer les définitions opérationnelles des événements traumatisants, établir des mesures de résultats normalisées et fiables sur le plan psychométrique et uniformiser les méthodes d'intervention. En règle générale, les partisans de la GSIC considèrent toutefois qu'il existe suffisamment de preuves pour justifier des conclusions solides. Premièrement, il y a chez beaucoup de victimes un lien entre le traumatisme et le stress post-traumatique. Deuxièmement, des preuves démontrent que la GSIC parvient à atténuer la détresse psychologique associée au traumatisme. Troisièmement, il faut compter sur des recherches empiriques et des recherches de résultats fiables sur la GSIC. Quatrièmement, il faut compter sur davantage de recherches sur le terrain portant sur l'utilité de la GSIC. Enfin, les responsables des décisions doivent appuyer la recherche sur la GSIC, et surtout celle qui porte sur les effets négatifs qu'elle peut provoquer (Everly et coll., 2000). Cela est important, car l'un des principaux points de litige dans la documentation est alimenté par ceux qui considèrent que les méthodes de la GSIC, et particulièrement les discussions de désamorçage et la verbalisation psychologique, entravent le processus naturel de rétablissement de l'individu et peuvent même

aggraver le traumatisme (Kenardy, 2000). De toute évidence, il faudra compter sur de solides recherches empiriques pour clarifier les rapports entre le traumatisme, les interventions et le rétablissement éventuel des victimes.

Si elle s'avère efficace, la GSIC pourrait provoquer un effet d'inoculation chez les victimes d'un crime. À première vue, elle constitue un moyen rapide et efficace de communiquer de l'information aux victimes, de les diriger vers les services d'aide appropriés, de diagnostiquer les symptômes et d'aider chaque victime à déterminer d'une façon éclairée si elle doit obtenir du soutien. Il ne faut toutefois pas oublier les mises en garde relatives aux limites de la GSIC exprimées ci-dessus. Même si la gravité semble être un facteur commun des réactions au traumatisme, les victimes constituent un groupe hétérogène. En fusionnant les degrés de gravité, les cliniciens risquent d'aggraver le traumatisme. Les comparaisons sociales, comme les comparaisons ascendantes et descendantes, peuvent avoir des conséquences négatives pour les victimes, ce qui exige beaucoup de doigté de la part du clinicien. Les différences individuelles en matière d'adaptation ont aussi une influence sur la manière dont l'individu vit sa victimisation, mais aussi sur la manière dont il perçoit les offres et les extensions de l'aide. De plus, même si le traitement précoce peut avoir un effet positif chez la victime, certaines précautions s'imposent. Il faut bien comprendre que la réaction de la victime dépend des différentes caractéristiques du crime (violence, agression sexuelle, gravité, etc.), des caractéristiques sociales (comparaison, soutien, etc.) et des caractéristiques de la victime avant le traumatisme. La section qui suit porte sur les caractéristiques avant le traumatisme.

2.6 Effet des caractéristiques avant le traumatisme sur l'adaptation et le rétablissement

Jusqu'à maintenant, nous avons fait ressortir de nombreuses différences individuelles dans le traitement de la victimisation. Les victimes d'un crime peuvent, à des degrés divers, adopter différentes conduites en ce qui concerne la recherche d'aide, l'adaptation ou la recherche d'information. Les changements cognitifs découlant de la victimisation peuvent avoir une influence sur les décisions que prend chaque personne. Il est toutefois possible aussi qu'une victime, sous l'influence du stress, ait recours à des stratégies d'adaptation et à des profils cognitifs éprouvés. Les profils cognitifs sont des modèles de pensée et de résolution de problèmes bien acquis. En d'autres termes, les victimes vont recourir aux stratégies d'adaptation à la victimisation acquises avant le traumatisme au lieu de se doter spontanément de nouvelles stratégies. On peut corriger cette tendance naturelle au moyen de traitements qui reposent souvent sur l'acquisition de nouvelles aptitudes et la thérapie cognitive, afin d'aider la victime à surmonter la victimisation (Resick et coll., 2002). La présente section porte toutefois sur les caractéristiques prétraumatiques qui peuvent influencer la manière dont la victime gère sa réaction au traumatisme ou au crime. La présente section porte plus particulièrement sur les antécédents de la victime, les caractéristiques de sa personnalité et les caractéristiques démographiques.

Antécédents de la victime

Comme nous l'avons déjà mentionné, les antécédents de victimisation sont un facteur important qui permet de prévoir une victimisation subséquente et une réaction plus grave (Brewin et coll., 2000; Byrne et coll., 1999; Messman et Long, 1996; Norris et coll., 1997; Nishith et coll., 2000). Sur le plan clinique, la résolution fructueuse d'une victimisation antérieure devrait avoir une incidence sur la manière dont une victime arrive à surmonter une victimisation subséquente. Brewin et coll. (2000) ont constaté que des antécédents de violence subie durant l'enfance aggravaient le risque d'apparition du



syndrome de stress post-traumatique chez la victime. Ces chercheurs ont aussi constaté l'existence d'un moindre lien entre la fréquence du syndrome de stress post-traumatique et les mauvais traitements ainsi que les traumatismes subis durant l'enfance. De plus, les victimes qui ont éprouvé des symptômes graves du syndrome de stress post-traumatique résultant d'un traumatisme antérieur risquent plus d'être atteintes du syndrome de stress post-traumatique à la suite d'un nouveau traumatisme (Brunet, Boyer, Weiss et Marmar, 2001).

Comme nous l'avons mentionné, certains chercheurs affirment que la victimisation antérieure, et plus particulièrement les agressions sexuelles durant l'enfance, peut être liée à la victimisation subséquente en raison d'un déficit appréciatif cognitif (Nishith et coll., 2000). Selon Messman et Long (1996), les problèmes cognitifs, de comportement et de personnalité causés par la victimisation pourraient nuire subséquemment à la faculté de résoudre les problèmes. Il est important de rappeler que les difficultés cognitives liées à la résolution des problèmes pourraient avoir un effet étendu. En effet, si un enfant (ou un adulte) est victime d'un crime, sa vision du monde en subira les conséquences. Cela deviendra ensuite partie intégrante de la carte cognitive normale qu'il utilise pour prendre des décisions, résoudre des problèmes, surmonter les déceptions, établir des relations et venir à bout des difficultés quotidiennes normales. Les victimes auraient aussi une carte cognitive plus grande de ce qu'est un comportement « normal » dans leur univers et ne sauraient pas quand ou comment intervenir. En raison de cette difficulté d'apprécier les situations, ces victimes peuvent avoir tendance, par des choix conscients et inconscients, à s'exposer à des risques plus grands. La victimisation subséquente aurait pour effet d'approfondir cet apprentissage et de renforcer ce processus mésadapté. De plus, le déficit du processus de résolution des problèmes peut faire en sorte que ces victimes ont recours à des mécanismes d'adaptation mésadaptés, comme l'évitement et la consommation d'alcool et de drogue, au lieu de s'efforcer de changer la situation. Les lacunes du processus de prise de décisions ont aussi pour effet d'empêcher dans une certaine mesure ces victimes de savoir quand elles ont besoin d'aide ou quand elles doivent en chercher. Ces déficiences de la personnalité peuvent aggraver les symptômes du syndrome de stress post-traumatique, ce qui expose davantage ces victimes au syndrome en cas de victimisation ou de traumatisme subséquents. Les victimes peuvent ainsi s'engager dans une spirale descendante même si elles recourent à toutes leurs aptitudes et à toutes leurs ressources pour s'améliorer. Il est important de souligner que le lecteur ne doit pas considérer que cette explication revient à jeter le blâme sur les victimes; elle sert plutôt à montrer comment un individu peut devenir piégé dans un rôle de victime. Par contre, la personnalité de la victime peut jouer un rôle de médiation majeur dans la manière dont elle réagit au crime, manifeste ses symptômes et utilise ses facultés d'adaptation.

Caractéristiques de la personnalité

Dans toute cette étude, nous avons mis en évidence l'interaction entre le traumatisme et les caractéristiques de la personnalité quand nous avons discuté des autres questions se rapportant à la victimisation. Rappelons que les ruminateurs ont tendance à chercher du soutien social et en tirent profit, mais ils affirment souvent qu'ils ne se sentent pas écoutés (Nolen-Hoeksema et Davis, 1999). Davis et coll. (1998) soulignent que le fait pour certaines victimes de pouvoir tirer des éléments positifs de leur situation de survivant est lié à la dualité optimisme-pessimisme, les optimistes étant plus susceptibles de constater des changements positifs. D'autres chercheurs considèrent que l'autoefficacité peut être un facteur de résilience dans la réaction au traumatisme (Thompson, Kaslow, Short et Wyckoff, 2002).

Selon la théorie cognitive, les gens font leurs choix en fonction de leur confiance en leur faculté de maîtriser les résultats. « L'autoefficacité perçue repose sur la confiance qu'a une personne en ses capacités d'organiser et d'exécuter les suites d'actes nécessaires pour obtenir des résultats donnés » (Bandura, 1997, p. 3 [traduction]). L'autoefficacité est un mélange d'estime de soi et de confiance en sa capacité d'exercer une influence sur son milieu (agence) et englobe des concepts comme l'impuissance acquise, l'attitude de victime et la confiance. Au départ, selon la théorie, lorsqu'une personne devient une victime, sa capacité perçue de pouvoir surmonter son état de crise (autoefficacité) exercera une influence majeure sur ses pensées, ses émotions et son comportement. Notons que son pouvoir réel n'a pas d'importance; c'est plutôt la perception cognitive intérieure de l'individu qui détermine ses choix d'adaptation. Rappelons aussi que c'est le fait de penser que les autres vont accorder leur soutien à la victime ou que la police a ouvert une enquête qui est bénéfique pour la victime, et non le fait que cette impression est fondée (Norris et coll., 1997). On voit donc que les éléments cognitifs (les impressions) jouent un rôle important dans la diminution des effets de la victimisation et l'application des réponses d'adaptation.

Les individus qui sont fortement autoefficaces ont tendance à penser qu'ils pourront surmonter avec succès certaines situations de crise. En effet, à la suite d'une série d'expériences fructueuses, ils ont acquis certains comportements qui les conduisent souvent au succès. Cependant, une personne peut être très autoefficace dans un domaine (p. ex. les aptitudes physiques), mais peu dans un autre domaine (comme les habiletés arithmétiques). L'autoefficacité devient importante chez les victimes si elles ont l'impression qu'elles peuvent ou ne peuvent pas surmonter efficacement une situation de crise. Un exemple permettra d'expliquer mieux le rôle de l'autoefficacité dans la victimisation. Une victime de violence conjugale chronique peut choisir de ne pas quitter son partenaire violent parce qu'elle pense qu'elle ne peut pas changer sa vie. Les adultes qui ont été victimes de violence dans leur enfance sont plus susceptibles de faire preuve d'impuissance acquise et croire par conséquent qu'ils ne peuvent pas changer leur situation (autoefficacité faible). C'est ce qui peut expliquer pourquoi ils ne tentent pas d'exercer une influence sur l'issue d'une situation potentiellement dangereuse. Par contre, Thompson et coll. (2002) ont constaté qu'un degré élevé d'autoefficacité chez les femmes victimes de violence pouvait accroître leur capacité perçue d'obtenir des ressources matérielles et sociales importantes. Cela augmenterait donc la probabilité qu'elles mettent un terme à une relation violente. Dans un certain sens, l'autoefficacité correspond à l'impression qu'a une personne d'être capable d'effectuer des choix réalisables. Il est intéressant de noter que beaucoup d'interventions cliniques comportent des éléments qui obligent la victime à affronter et à surmonter des émotions et des souvenirs difficiles ou à acquérir et mettre en pratique de nouvelles aptitudes (Nishith et coll., 2002; Resick et coll., 2002).

L'autoefficacité peut aussi expliquer les choix d'adaptation. Bandura (1997) affirme que l'autoefficacité est le pivot du changement de comportement et de l'adaptation, parce que la perception de l'efficacité a une influence sur l'adoption, la durée et l'intensité des comportements d'adaptation. C'est pourquoi l'autoefficacité est considérée comme la structure sous-jacente de la personnalité qui détermine les choix d'adaptation. Comme nous l'avons mentionné, l'autoefficacité est issue des expériences fructueuses antérieures et fait partie des antécédents d'apprentissage de la victime. Ensemble, cet apprentissage et l'autoefficacité auront une incidence majeure sur le choix des aptitudes d'adaptation particulières que la victime pensera pouvoir utiliser avec succès. Par conséquent, si l'apprentissage a démontré que la dissociation est la meilleure stratégie d'adaptation, il est plus probable que celle-ci sera utilisée dans les nouvelles situations, surtout si d'autres stratégies ont échoué. D'autre part, si l'individu a déjà eu du succès grâce au soutien des autres, il est plus probable



qu'il aura recours à cette stratégie. Encore une fois, les interventions cliniques semblent incorporer ces notions dans l'élaboration des nouveaux programmes (Nishith et coll., 2002; Resick et coll., 2002).

Il est intéressant d'observer que plus une victime est susceptible de recevoir du soutien de la part de sa famille et de ses amis, plus elle est susceptible aussi de solliciter du soutien professionnel (Norris et coll., 1997). L'une des raisons qui pourrait expliquer cette relation est liée à l'autoefficacité et au développement de la personnalité, c'est-à-dire le mode d'attachement. En résumé, l'attachement reflète nos premières expériences et nos attentes à l'endroit des personnes responsables de nous ainsi que nos attentes en ce qui concerne leur disponibilité émotionnelle dans les situations stressantes. Ces premières expériences déterminent la manière dont nous allons surmonter le stress et vivre nos relations interpersonnelles durant notre vie adulte. Par conséquent, une personne jouissant d'une grande autoefficacité et capable de maîtriser les difficultés complexes des relations humaines aura plus de chances d'entretenir des relations sociales de qualité. Les chercheurs ont examiné comment le mode d'attachement peut exercer une influence sur les choix d'adaptation chez les individus aux prises avec le stress et un traumatisme.

Mikulincer et coll. (1993) ont examiné ces modèles de relations interpersonnelles chez des étudiants israéliens deux semaines après la fin de la guerre du Golfe. Ils ont constaté que les individus ayant un mode d'attachement solide avaient recours à des stratégies de recherche de soutien en proportion relativement supérieure pour surmonter le traumatisme. Il est donc logique qu'ils puissent recourir aussi bien à des soutiens naturels qu'à des soutiens professionnels. En bas âge, les enfants qui se sentent en sécurité n'éprouvent pas de détresse excessive en l'absence de la personne responsable d'eux, sont typiquement confiants qu'elle va revenir et manifestent donc une confiance encore plus grande. Fondamentalement, ils ont acquis ce comportement en ayant observé à maintes reprises le retour de cette personne. Doués de la forte autoefficacité qui en résulte dans ce domaine, ils souhaitent davantage obtenir de l'aide et s'attendent davantage à ce que cette aide soit disponible et utile (Bandura, 1997).

Par contre, dans des conditions de stress, les personnes ambivalentes ont eu plutôt recours à des stratégies axées sur les émotions et ont éprouvé une détresse émotionnelle plus profonde (anxiété, dépression, hostilité, symptômes physiques et somatisation) ainsi que des pensées envahissantes liées à la guerre en réaction à la menace (Mikulincer et coll., 1993). Durant l'enfance, ces individus manifestent généralement une profonde détresse en l'absence de la personne qui en est responsable, et il est difficile de les rassurer. Les enfants qui pratiquent l'évitement manifestent aussi de la détresse quand ils sont laissés seuls, mais finissent par se résigner. Ils ont appris qu'ils ne pouvaient pas maîtriser leur univers social (faible efficacité sociale). Les étudiants qui avaient un mode d'attachement évitant avaient davantage recours à des stratégies de distanciation, par exemple en niant ou en minimisant leur détresse intérieure. Ces personnes ont appris qu'elles ne pouvaient pas compter sur leur environnement social et qu'elles devaient se concentrer sur leurs propres besoins pour paraître forts. Mikulincer et coll. (1993) ont d'ailleurs constaté que les personnes pratiquant l'évitement éprouvaient des symptômes physiques et des troubles de somatisation plus aigus, faisaient des crises de colère et niaient que tout cela pouvait avoir un lien avec le traumatisme. Le stress se manifestait aussi sous d'autres formes, même si les personnes déclaraient n'avoir aucune réaction négative au stress. Ces résultats indiquent que les personnes qui se sentent en sécurité sont davantage susceptibles de solliciter de l'aide, probablement parce qu'elles considèrent davantage que cette aide contribuera à réduire la

détresse qu'elles éprouvent. Les deux autres groupes n'ont pas nécessairement le même genre d'attente.

Cette conclusion diffère quelque peu de la recherche sur les ruminateurs (Nolen-Hoeksema et Davis, 1999). Rappelons que les ruminateurs ont souvent sollicité du soutien social et en ont bénéficié, mais considéraient souvent aussi que cette aide était insuffisante ou limitée. Il est probable que les ruminateurs et les individus qui ont des attaches ambivalentes ont certaines caractéristiques en commun. L'une d'elles peut être l'importance accordée à la réaction de détresse, subjective. Une personne aux attaches ambivalentes et un ruminateur peuvent donc solliciter de l'aide, mais se concentrer sur les éléments émotionnels de leur détresse. La personne qui assure le soutien peut tenter de soulager la victime, mais sans succès. Le ruminateur ou la personne aux attaches ambivalentes peut alors avoir l'impression qu'elle n'est pas écoutée, ce qui aggrave sa détresse. En effet, ces personnes, à la recherche d'un soutien émotionnel, peuvent se rendre compte que les autres ne peuvent pas ou ne veulent pas leur offrir le genre de soutien dont elles croient avoir besoin. Par contre, les personnes aux attaches sûres qui cherchent à obtenir du soutien social peuvent avoir plus de facilité à en trouver et à s'en servir pour surmonter leur traumatisme au lieu de se concentrer uniquement sur leur détresse. Ce lien entre les travaux de recherche devrait faire l'objet d'une analyse empirique, mais il correspond aux données des deux études.

Les variables de la personnalité semblent imprégner tous les aspects du processus de la victimisation et de rétablissement. D'autres conclusions de recherche méritent toutefois d'être signalées. Les facteurs démographiques, en particulier, sont importants dans la mesure où ils permettent de reconnaître certains points communs des profils et des réactions des victimes. Bien que généralement ils n'ouvrent pas la voie à l'interprétation, ils nous aident à comprendre comment les victimes subissent le crime différemment. Ces questions sont examinées brièvement dans la section suivante.

Caractéristiques démographiques

Il y a un rapport inégal entre les variables démographiques, d'une part, et la victimisation et le traumatisme, d'autre part. Norris et coll. (1997) ont constaté que les variables démographiques ne permettaient pas de prévoir la détresse autodéclarée. Greenberg et Ruback (1992) ont toutefois conclu que les femmes étaient plus susceptibles de déclarer qu'elles ressentaient de la peur. Brewin et coll. (2000) signalent que selon certaines études les femmes sont plus susceptibles d'être atteintes du syndrome de stress post-traumatique, tandis que d'autres ne le sont pas. Ils attribuent cette anomalie aux différences des échantillons : les échantillons pris dans la collectivité tiennent compte des deux sexes, au contraire des échantillons pris dans le milieu militaire. En revanche, selon Leymann et Lindell (1992), les femmes affirment qu'elles bénéficient d'un meilleur soutien social, ce qui, comme on le sait, peut contribuer beaucoup à soulager la détresse.

L'âge, dans l'optique du traumatisme causé par un crime, a aussi retenu l'attention des chercheurs. Rappelons que de nombreuses études ont mis en évidence les conséquences négatives des agressions sexuelles subies durant l'enfance (Byrne et coll., 1999; Messman et Long, 1996). Des études ont aussi conclu d'une façon relativement uniforme que les adultes plus âgés éprouvaient davantage de crainte à l'égard du crime, peu importe qu'ils aient été victimes ou non (Weinrath, 2000). Dans une étude portant sur les différentes conséquences du traumatisme causé par une agression sexuelle, Wilmsen-Thornhill et Thornhill (1991) ont constaté qu'en réaction à une agression sexuelle vaginale les femmes en âge de procréer éprouvaient une réaction traumatique plus vive que les femmes qui n'étaient pas en



âge de procréer (soit les préadolescentes et les femmes ménopausées). Selon leur étude, tous les groupes ont fait état de symptômes en réaction à l'agression sexuelle, mais les femmes qui n'étaient pas en âge de procréer manifestaient des réactions traumatiques équivalentes peu importe la nature de l'agression sexuelle. Les femmes en âge de procréer éprouvaient un traumatisme plus grave quand elles avaient subi une agression sexuelle vaginale et qu'il y avait présence de sperme. Les auteurs invoquent une perspective évolutive et font observer que le traumatisme causé par l'agression sexuelle est aggravé par le fait que la victime a subi une relation avec un partenaire sexuel imposé (Wilmsen-Thornhill et Thornhill, 1991).

Une étude tenant compte de la race s'applique particulièrement bien au contexte canadien. Weinrath (2000) a examiné les différences, en ce qui concerne la peur du crime, entre les Autochtones canadiens et la population générale à l'aide des données des recensements et d'un sondage. La taille de ses échantillons est très impressionnante, soit plus de 18 000 Autochtones interrogés et plus de 10 000 autres Canadiens. En comparant les Canadiens autochtones aux Canadiens non autochtones, il a observé des taux plus élevés de victimisation avec violence chez les Canadiens autochtones, mais aucune différence dans l'évaluation de la peur du crime (Weinrath, 2000). Selon lui, cet écart s'expliquerait en partie par le fait que les Canadiens autochtones mènent une vie particulièrement stressante et que la peur du crime ne fait pas partie de leurs principales priorités. Cependant, en examinant les agressions sexuelles, Calhoun et Atkeson (1991) ont constaté que la culture pouvait influencer l'accès aux attitudes personnelles, au soutien social et à d'autres caractéristiques pouvant retarder le rétablissement.

Les variables démographiques offrent donc quelques avenues intéressantes. Il semble toutefois que la personnalité, le soutien et le crime possèdent des caractéristiques particulières qui exercent une influence majeure sur la réaction au traumatisme. Les attitudes et convictions intimes, combinées à des signes de détresse, sont susceptibles de déterminer comment une victime s'efforcera de surmonter son traumatisme et si elle cherchera à obtenir de l'aide. Nous allons maintenant nous intéresser à la recherche d'aide, en examinant notamment les différences individuelles en ce qui concerne le désir de participer à des interventions actives, comme les traitements. La disponibilité du traitement et le choix des techniques d'intervention spécifiques en fonction des clients peuvent être une avenue productive de la prestation des services.

2.7 Choisir l'intervention en fonction du client : disponibilité du traitement

L'un des modèles permettant de comprendre comment les victimes peuvent réagir aux interventions est le modèle transthéorique de la disposition au changement (MTT) (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992). Le MTT s'appelle ainsi parce que ces chercheurs voulaient savoir comment les gens changent leur comportement sans égard à un modèle théorique particulier. Ils ont donc examiné ceux qui changent d'eux-mêmes et ceux qui changent dans le cadre d'interventions structurées afin de dégager des stratégies et des approches communes et en tirer le MTT. En résumé, le MTT suppose que l'individu passe par différents processus psychologiques et comportementaux quand il désire changer. Ce modèle et la recherche qui lui est associée peuvent avoir des incidences pour les victimes et leurs soutiens en les aidant à cibler des pensées et des actes spécifiques susceptibles d'aider à surmonter la victimisation. Le MTT comporte cinq étapes de disposition au changement, soit la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien.

À l'étape de la précontemplation, l'individu n'a pas l'intention de changer de comportement ou de corriger ses problèmes. En général, cette recherche s'est intéressée aux individus qui n'envisageaient pas de changer dans un avenir prévisible (Prochaska et coll., 1992). À cette étape, les individus sont souvent inconscients du problème ou nient son importance ou sa gravité. Souvent, ces personnes se présentent au thérapeute parce que leurs proches les ont incitées à chercher de l'aide. Comme l'indiquent Prochaska et coll. (1992), ces personnes peuvent souhaiter changer, mais n'ont pas vraiment l'intention de faire un effort sérieux dans un avenir rapproché. Dans le cas des victimes d'un crime, cette attitude pourrait se manifester chez la personne qui nie l'existence de problèmes ou de symptômes associés au traumatisme, alors que ses proches ont constaté des modifications importantes de son caractère, de son comportement ou de sa santé en général. Les personnes évitantes dont il a été question précédemment entrent généralement dans cette catégorie (Mikulincer et coll., 1993).

Les personnes qui sont à l'étape de la contemplation sont conscientes de leur problème et envisagent sérieusement de changer. Elles ne sont toutefois pas encore déterminées à agir. Souvent, ces gens passent beaucoup de temps à examiner les pour et les contre du problème et de sa solution. Souvent aussi, ils semblent hésiter entre leur évaluation positive du statu quo et la somme d'efforts, d'énergies et de privations à laquelle ils devront consentir pour résoudre le problème. Chez les victimes, ce dilemme peut se manifester quand elles reconnaissent que le problème existe et qu'elles ont besoin d'aide, mais qu'elles se préoccupent aussi de certaines questions comme la honte, la peur de raconter son histoire, la peur des réactions, la crainte de voir les choses s'aggraver si elles en parlent. Cette ambivalence peut les entretenir dans l'inaction même si elles connaissent bien les conséquences négatives de cette inaction.

Prochaska et coll. (1992) ont aussi décrit une étape particulièrement courte, qu'ils appellent la préparation. À cette étape, les gens reconnaissent l'existence du problème et décident de faire quelque chose en très peu de temps. En examinant le changement d'habitude, ces gens ont souvent tenté de faire des changements dans l'année écoulée, mais ne sont pas parvenus à faire des changements durables (Prochaska et coll., 1992). Chez les victimes qui veulent suivre un traitement, il peut s'agir d'une personne qui a fait certains changements de sa propre initiative et qui attend un rendez-vous ou a déjà suivi une thérapie qu'elle a interrompue avant que tous ses problèmes aient été réglés.

À l'étape de l'action, les gens s'efforcent activement de changer leur comportement, leurs pensées, leurs sentiments ou leur milieu afin de résoudre leur problème. Cette étape, axée sur les activités qui doivent provoquer le changement, exige une plus grande détermination de la part de l'individu. C'est souvent ce que la plupart des personnes de l'entourage (famille, conjoint, thérapeute) considèrent comme un « changement ». Prochaska et coll. (1992) indiquent que ce faux lien entre l'action et le processus de changement ne tient pas compte de tout le travail nécessaire pour parvenir à ce point. Ils ajoutent que l'importance accordée à l'action ne tient pas compte non plus de tout le travail nécessaire pour que ce changement soit durable. L'étape de l'action comporte aussi un autre élément, soit l'atteinte d'un objectif spécifique. Par exemple, une victime atteinte du syndrome de stress post-traumatique peut viser à réduire certains symptômes spécifiques, mais le traitement pourra être jugé fructueux seulement quand les symptômes négatifs seront revenus à leur niveau avant le traumatisme.

Enfin, les gens qui sont à l'étape du maintien s'efforcent de prévenir une rechute et renforcent les gains acquis à l'étape de l'action (Prochaska et coll., 1992). L'étape du maintien n'est pas statique; elle est la continuation du processus de changement. La personne devra peut-être persévérer pendant un court



laps de temps ou même poser certains actes ou conserver certaines habitudes pendant toute sa vie. Sur le plan clinique, pour les victimes qui avaient l'habitude de réprimer leurs symptômes négatifs, cela peut vouloir dire qu'elles devront discuter de leurs agents stressants quotidiens avec leurs soutiens naturels au lieu de laisser la situation s'aggraver jusqu'à un stade pathologique. De plus, comme la victimisation présente un risque de nouvelle victimisation, la persévérance peut exiger que la personne adopte des comportements positifs qui viennent rompre ce cycle.

Il faut souligner ici que Prochaska et coll. (1992) ne considèrent pas ce modèle transthéorique comme un modèle expérimental qui, une fois mené à terme, n'a jamais besoin d'être revu. En fait, toute personne qui entreprend de changer peut se trouver à chacune des cinq étapes simultanément, selon le problème ou les symptômes qu'elle éprouve. Par exemple, une victime peut reconnaître qu'elle éprouve un problème résultant de la victimisation et peut demander des médicaments qui l'aideront à surmonter la dépression ou l'anxiété. Ce comportement correspond à l'étape de l'action. Cependant, cette même personne peut refuser de suivre tout type de psychothérapie ou de participer à une thérapie en groupe et affirmer qu'elle n'éprouve pas le besoin de discuter de son problème. Cette attitude correspondrait davantage à l'étape de précontemplation ou peut-être à l'étape de contemplation. En outre, cette personne pourrait prendre des médicaments pendant un certain temps, puis cesser en raison des effets secondaires. Cela la ramènerait à l'étape de contemplation ou de préparation, selon ce qu'elle déciderait de faire. C'est ce caractère dynamique du MTT qui le rend particulièrement intéressant pour les cliniciens.

Le MTT jette un éclairage nouveau sur la résistance classique à la thérapie, qui devient ainsi un décalage entre les étapes et les interventions. Les cliniciens, les auxiliaires paraprofessionnels et autres spécialistes ont l'habitude de préparer des programmes conçus uniquement à l'intention des clients motivés et « prêts ». Les livres et les programmes d'autothérapie s'adressent aussi à ce groupe. À cause de cette erreur « d'orientation », bien des gens n'arrivent pas à changer pour le mieux. Malheureusement, ces échecs sont intériorisés et risquent de compromettre la possibilité que la personne tente à nouveau de changer. En ce qui concerne le sevrage du tabac, Prochaska et coll. (1992) expliquent qu'environ 50 à 60 p. 100 des fumeurs sont à l'étape de précontemplation, 30 à 40 p. 100 songent à cesser de fumer (étape de contemplation) et seulement 10 à 15 p. 100 sont prêts à cesser (préparation et action).

Sur le plan clinique, ces étapes ont des incidences d'ordre thérapeutique. Pour inciter les gens à passer de l'étape de la contemplation aux étapes suivantes, on utilise une grille de décision formelle ou informelle (Prochaska et coll., 1994). Cette grille permet à la personne d'examiner concrètement les avantages et les inconvénients anticipés. En examinant douze échantillons de personnes tentant de changer divers comportements, Prochaska et coll. (1994) ont constaté que dans tous ces échantillons les personnes qui étaient à l'étape de précontemplation mettaient en évidence les inconvénients liés au changement d'un comportement à problème. Ils ont observé aussi que dans onze échantillons les individus à l'étape de l'action mettaient en évidence les avantages liés à un changement de comportement (seul l'échantillon de cocaïnomanes faisait exception). Dans sept échantillons l'équilibre entre les avantages et les inconvénients d'un changement de comportement se situait à l'étape de la contemplation (faire de l'exercice changeait à l'étape de la préparation, tandis que les comportements délinquants, l'utilisation d'un écran solaire, les régimes riches en gras et la mammographie changeaient à l'étape de l'action et auraient pu survenir à l'étape de la préparation).

Rosen (2000) affirme que 70 p. 100 de la variance entre les étapes dans le cas des processus cognitivo-affectifs résulte du contraste entre l'étape précédant l'intention et les autres étapes. Ces processus cognitivo-affectifs de changement sont : la collecte de renseignements (conscientisation), la réévaluation des conséquences pour soi (autoréévaluation), l'expérimentation et l'expression des émotions (allègement dramatique), l'évaluation des conséquences pour les autres (réévaluation du milieu) et le désir de changer les normes sociales (libération sociale). Ces résultats ont des conséquences profondes pour les victimes d'un crime et pour les personnes qui sollicitent de l'aide, car il se peut que celles qui croient n'avoir aucun problème relatif au crime soient justement celles qui devraient être repérées et triées. Autrement dit, l'étape la plus importante du changement consiste à décider qu'elles ont besoin d'aide.

En ce qui concerne les processus du comportement, Rosen signale que 50 p. 100 de la variance entre les étapes se situe entre l'étape précédant l'intention et toutes les autres étapes. Les processus du comportement sont notamment la substitution de nouveaux comportements (contre-conditionnement), le contrôle des signaux du milieu (contrôle des stimulus), l'autogratification ou la gratification par les autres (gestion du renforcement), le recours au soutien social (relations d'aide) et la volonté de changer (autolibération). Lorsqu'on examine ces actes, on peut comprendre comment le MTT est issu d'une documentation clinique axée sur le changement des comportements relatifs à la santé et sur les troubles liés à la toxicomanie. Rosen (2000) souligne que les clients suivant une psychothérapie, par opposition à une thérapie axée sur des comportements particuliers, étaient plus susceptibles de montrer une variance entre les étapes en ce qui concerne le recours à la conscientisation, à l'autoréévaluation et à une relation d'aide. Le recours aux processus du comportement dans le cadre d'une psychothérapie était généralement moindre; cependant, aucune des psychothérapies examinées ne comportait de traitements axés sur le comportement. Rosen (2000) prévient qu'il ne faut pas considérer le MTT comme une solution miracle permettant de comprendre le changement en cours de traitement et indique plus particulièrement qu'il ne cadre pas facilement dans le modèle de la psychothérapie.

Un exemple permet d'illustrer l'importance de ce concept. Revenons à la recherche portant sur le mode d'attachement (Mikulincer et coll., 1993); dans un tel cas, la victime évitante se trouverait à l'étape de précontemplation. Elle ne reconnaît pas l'existence de symptômes liés au traumatisme; elle manifeste des degrés plus élevés de symptômes physiques, de somatisation et de colère. Il est probable que ses proches, témoins de ces réactions, vont remarquer la détresse de la victime et inciter celle-ci à obtenir de l'aide. Cependant, exposées aux interventions habituellement axées sur les actes, ces victimes vont se refermer, retireront très peu de bien du traitement et l'abandonneront probablement. Cependant, à la lumière de la recherche sur le MTT, ces victimes seront mieux servies par des interventions axées sur de l'information se rapportant aux différentes réactions à la suite d'un crime (conscientisation) ou leur montrant comment elles ont changé après le crime (autoréévaluation) et quels sont les effets ressentis par leur famille et leurs amis (réévaluation du milieu). Au lieu de remettre en question l'attitude de la victime qui considère que le crime n'a eu aucune influence sur elle, on lui offre l'occasion d'apprendre comment le crime a pu l'influencer. De cette manière, la victime peut plus facilement examiner ses réactions et déterminer plus librement ce qu'elle doit faire pour améliorer son fonctionnement. Tout cela reste de la théorie, et nous allons maintenant nous intéresser aux recherches qui appliquent le MTT aux victimes.

Malheureusement, peu de travaux de recherche portent sur l'application du MTT aux victimes d'un crime. Une étude porte sur l'application du MTT à une thérapie destinée aux adultes victimes



d'agressions sexuelles durant l'enfance (Koraleski et Larson, 1997). Sur 83 victimes d'agressions sexuelles suivant une thérapie, ces auteurs ont établi que 38 d'entre elles (45,8 p. 100) étaient à l'étape de la contemplation, 7 (8,4 p. 100) étaient à l'étape de la préparation et 26 (31,3 p. 100) étaient à l'étape de l'action. Conformément au modèle, ils ont constaté que les clients rendus à l'étape de l'action avaient recours aux processus comportementaux de changement davantage que les clients rendus à l'étape de la contemplation. Ils ajoutent que ces victimes d'agressions sexuelles durant l'enfance ont recours aux processus cognitivo-affectifs plus tôt durant la thérapie et recourent par la suite davantage aux processus du comportement, ce qui, selon les auteurs, correspond à la séquence observée dans les descriptions cliniques de la thérapie pour victimes d'agressions sexuelles (Koraleski et Larson, 1997).

Cependant, Koraleski et Larson (1997) n'ont pas trouvé que les victimes à l'étape de la contemplation étaient plus susceptibles de recourir aux méthodes cognitivo-affectives. Le MTT présuppose que ces processus sont utilisés plus fréquemment durant les premières étapes et sont progressivement délaissés à mesure que la personne approche de l'étape de l'action. Par contre, les clients en psychothérapie ont tendance à recourir à ces stratégies à toutes les étapes, et cela peut être nécessaire dans une psychothérapie traditionnelle (Koraleski et Larson, 1997). D'un point de vue clinique, cela est logique. Lorsqu'elle se concentre sur une habitude ou un problème en particulier, la personne est capable de cibler des activités en vue du changement, mais quand les problèmes deviennent plus diversifiés et plus complexes, la personne peut être contrainte de reconsidérer un bon nombre de ses convictions et de ses émotions pour arriver à résoudre ces problèmes. Par conséquent, la psychothérapie générale, dont l'objet est plus global, peut faire en sorte que l'individu se trouve à l'étape de l'action pour certaines questions, à l'étape de précontemplation pour d'autres questions, et de même pour chaque étape. On pourrait d'ailleurs affirmer que la thérapie est un processus qui consiste tout d'abord à aider le client à trouver des solutions aux problèmes qu'il a définis, puis à trouver des solutions aux autres problèmes qu'il peut découvrir au cours de la thérapie.

Toujours en ce qui concerne l'applicabilité du MTT aux victimes d'un crime, un autre domaine mérite d'être examiné. Traditionnellement, l'objectif de la thérapie, selon le MTT, est de mettre un terme au comportement qui cause un problème (sevrage du tabac, mauvaise alimentation, etc.). Cependant, en ce qui concerne le traitement des conséquences psychologiques du crime, cet objectif n'est peut-être pas réaliste. En d'autres termes, l'objectif n'est peut-être pas de mettre fin à un comportement, mais plutôt d'atténuer la détresse causée par le crime. Il serait donc plus important de reconsidérer le MTT afin d'établir de nouvelles données de résultat (Morera, Johnson, Parsons, Warnecke, Freels, Crittenden et Flay, 1998).

D'après ces recherches, le passage de l'étape de la précontemplation à l'étape de la contemplation est crucial. Smith, Subich et Kalodner (1995) ont constaté que les clients qui mettent fin prématurément à leur thérapie sont le plus souvent à l'étape de la précontemplation. Ces clients considèrent généralement qu'ils ont fait peu de progrès thérapeutiques, éprouvent une plus grande détresse psychologique et réalisent rarement leurs objectifs. Sur le plan logistique, il leur arrive souvent de manquer leurs rendez-vous, d'être sur des listes d'attente et d'empiéter sur le temps du clinicien. Selon le MTT, ce comportement s'explique par le fait que les interventions prévues à l'étape de l'action ne correspondent pas aux besoins des personnes qui ne reconnaissent pas encore l'existence de leur problème. En aidant les victimes qui sont à l'étape de la précontemplation à sortir de ce cadre contraignant, on pourrait améliorer leur qualité de vie de même que l'efficacité des interventions, en

augmentant leur motivation et en réduisant leur supposée résistance. Les interventions visant à aider les victimes à reconnaître qu'elles ont un problème pourraient donc être très utiles aux fournisseurs de services. Les chercheurs ont constaté que les mesures du MTT sont très stables et très fiables (Madera et coll., 1998). Il semble selon eux que les mesures du MTT peuvent servir de mesure de résultat pour déterminer si les efforts dans le but de changer aident vraiment la personne à mieux franchir les étapes du modèle.

2.8 Conclusion de l'étude de la documentation

En conclusion, il semble bien que la victimisation provoque chez les victimes des changements cognitifs et émotionnels et une modification du comportement. Les caractéristiques de l'individu avant la victimisation, les caractéristiques du crime, la réaction des soutiens, les stratégies d'adaptation, les différentes variables de la personnalité et le recours aux interventions sont des facteurs étroitement liés les uns aux autres. La présente étude avait pour but de combler les importantes lacunes de la documentation sur les changements cognitifs que subissent les victimes d'un crime, en regroupant des champs de recherche très diversifiés. Une bonne part de l'information ainsi présentée doit donc être considérée comme un point de départ dans ce domaine.

À la lumière de l'information présentée ici, le lecteur pourra tirer quelques conclusions générales en établissant des liens entre la présente étude et les connaissances cliniques. Les trois sections qui suivent visent à intégrer encore davantage cette étude de la documentation en mettant l'accent sur ses différentes incidences. L'objectif premier de cette intégration est de mettre en évidence les applications cliniques pertinentes. La troisième section contient des recommandations générales visant à approfondir la recherche de manière à mieux soutenir les initiatives destinées aux victimes et la pratique clinique.

3.0 Incidences sur les victimes

L'objectif premier de la recherche sur la victimisation est d'améliorer les services offerts aux victimes et de réduire de cette manière la gravité du traumatisme causé par la victimisation. La présente étude nous a permis de constater qu'une grande partie de la recherche vise à démontrer les conséquences que la victimisation et la manière de la surmonter peuvent exercer sur la victime. À l'aide du modèle de Casarez-Levison (1992), nous avons organisé la présente section en fonction de l'évolution du processus de la victimisation et nous signalons pour chaque étape les points d'intérêt les plus importants en ce qui concerne les aspects cognitifs et émotionnels, l'adaptation et les interventions. Cette façon de faire devrait faciliter l'intégration de la documentation présentée ci-dessus et aider les fournisseurs de services à repérer les sujets qui présentent pour eux un intérêt clinique.

Prévictimisation et organisation

Rappelons que ce stade caractérise le degré d'adaptation de l'individu avant la victimisation. À ce stade, les cliniciens souhaitent se faire une idée assez détaillée des antécédents du sujet. Il faudrait inclure les éléments suivants :

Antécédents de violence et d'agressions sexuelles durant l'enfance (Messman et Long, 1996; Nishith et coll., 2000)

- Antécédents du syndrome de stress post-traumatique (Brunet et coll., 2001)
- Gravité des épisodes antérieurs du syndrome de stress post-traumatique (Brunet et coll., 2001)
- Antécédents de victimisation ou de traumatisme découlant d'un crime (Ozer et coll., 2003)
- Antécédents psychiatriques, particulièrement de dépression (Ozer et coll., 2003)
- Antécédents familiaux de troubles psychiatriques (Ozer et coll., 2003)
- Caractéristiques de la personnalité (Davis et coll., 1998; Nolen-Hoeksema et Davis, 1999; Thompson et coll., 2002)
- Antécédents d'adaptation (Dempsey, 2002; Everly et coll., 2000; Harvey et Bryant, 2002)
- Antécédents des relations interpersonnelles (Kliewer et coll., 2001; Mikulincer et coll., 1993; Nelson et coll., 2002)

Victimisation et désorganisation

Rappelons que ce stade caractérise l'acte criminel proprement dit ainsi que les premières heures et les premiers jours suivant le crime (Casarez-Levison, 1992). Les victimes et les fournisseurs de soins doivent connaître les éléments suivants :

- Les caractéristiques du crime, et plus particulièrement sa gravité, ont une influence déterminante sur le traumatisme (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001; Norris et coll., 1997; Ozer et coll., 2003)
- Les caractéristiques de la victime, comme son sexe, son âge, ses antécédents, etc. (Brewin et coll., 2000, Greenberg et Ruback, 1992; Wilmsen-Thornhill et Thornhill, 1991; Weinrath, 2000)

- Mise en garde contre la victimisation secondaire causée par le système (Campbell et coll., 1999; Hagemann, 1992; Norris et coll., 1997)
- La dissociation, pendant ou immédiatement après le crime, est le prédicteur le plus sûr du syndrome de stress post-traumatique (Ozer et coll., 2003)
- Dans certains cas, la dissociation initiale (choc) peut être adaptative, en ce sens qu'elle peut empêcher l'encodage dans la mémoire à long terme
- L'attention peut diminuer (Holman et Silver, 1998)
- Besoin de soutien social (émotionnel, informatif, appréciatif ou instrumental)
- Donner de l'information à la victime dans le but de l'aider à prendre des décisions
- Donner de l'information sur les ressources et les réactions les plus courantes
- Les réactions émotives doivent être vécues et traitées
- Évaluation initiale des mécanismes d'adaptation utilisés
- La gestion du stress à la suite d'un incident critique peut être utile, surtout aux victimes qui veulent obtenir de l'information (Greenberg et Ruback, 1992; Hagemann, 1992)
- D'autres modèles d'intervention en cas de crise peuvent aider les victimes à surmonter les premiers problèmes causés par la victimisation (Calhoun et Atkeson, 1991)

Transition et protection

Rappelons que ce stade caractérise la période où l'individu commence à s'adapter à la victimisation et à ses ramifications connexes (Casarez-Levison, 1992). C'est au moment où les victimes arrivent à ce stade que les cliniciens seront appelés à intervenir activement.

- La victime peut avoir accès aux soutiens naturels et professionnels (Casarez-Levison, 1992)
- Les cliniciens peuvent recourir au modèle transthéorique de changement de comportement pour déterminer le niveau de service dont la victime a besoin (Prochaska, DiClemente et Norcross, 1992)
- La dissociation peut être un indice de difficultés ultérieures (Ozer et coll., 2003)
- Il peut y avoir un blocage actif des souvenirs (Thompson, 2000)
- La victime peut fuir le souvenir du crime au moyen de l'alcool, de la drogue ou encore de l'évitement actif (Everly et coll., 2000; Hagemann, 1992; Mezy, 1988; Wolkenstein et Serman, 1998)
- La victime peut adopter un comportement axé sur la sécurité (Hagemann, 1992)
- La victime peut se concentrer sur la recherche de la signification (Gorman, 2001; Layne et coll., 2001; Nolen-Hoeksema et Davis, 1999; Thompson, 2000)
- La comparaison sociale aide souvent à comprendre la victimisation (Hagemann, 1992; Greenberg et Ruback, 1992; Thompson, 2000)
- La victime peut se livrer à l'autocomparaison axée sur les changements avant et après la victimisation (McFarland et Alvaro, 2000)
- Le traitement actif peut commencer (Casarez-Levison, 1992)



- La victime doit être prévenue qu'au début du traitement sa situation peut s'aggraver avant de s'améliorer (Nishith et coll., 2002)
- Les traitements qui comprennent un élément d'exposition semblent efficaces (Nishith et coll., 2002)
- L'autoefficacité peut jouer un rôle important dans les programmes de traitement (Thompson et coll., 2002)
- Les clients qui s'engagent émotionnellement se rétablissent plus rapidement (Gilboa-Schechtman et Foa, 2001)

Réorganisation et résolution du problème

Rappelons que ce stade se caractérise par la réintégration de l'individu, qui redevient un être au fonctionnement stable (Casarez-Levison, 1992). Les victimes doivent comprendre les éléments suivants :

- Le rétablissement ne signifie pas le retour à l'état précédant la victimisation (Hagemann, 1992)
- Le modèle transthéorique de changement de comportement peut aider à la conservation des nouveaux comportements
- La victime peut se convaincre qu'avoir survécu au crime signifie qu'elle est forte (Hagemann, 1992; Thompson, 2000)
- Les stratégies d'adaptation négative qui subsistent doivent être écartées le plus possible (Dempsey, 2002)
- L'activisme peut devenir un résultat à long terme de la victimisation (Hagemann, 1992)

Pour mieux comprendre l'expérience subjective des victimes, il est préférable de considérer la victimisation comme un processus. Dans un certain sens, la victimisation est un processus de développement dans lequel l'individu doit s'adapter à un agent stressant externe. À mesure que la victime progresse, de l'acte criminel jusqu'au rétablissement et à la réintégration, elle doit surmonter différentes difficultés. Ses aptitudes cognitives seront mises à l'épreuve et changeront durant ce processus, et quelques-uns de ces changements ont été exposés dans la présente étude. Il ne faut jamais oublier toutefois que chaque victime est une personne et qu'en raison de ses différences individuelles ses difficultés seront différentes aussi.

3.1 Hétérogénéité des victimes : nécessité d'un éventail de services

Dans leur étude sur la violence en milieu de travail, Barling, Rogers et Kelloway (2000) ont constaté que les gens vivaient les mêmes événements d'une manière différente. Dans leur recherche, ils ont observé que la crainte de la répétition d'un événement traumatisant pouvait avoir une influence sur l'humeur d'une personne. Dans la présente étude, nous avons vu notamment que la gravité du crime, la gravité de la réaction ainsi que l'utilisation de menaces et d'une arme étaient des éléments du processus de victimisation qui pouvaient exercer une influence sur ses conséquences. La conclusion de ces chercheurs à propos de la violence en milieu de travail peut être généralisée et nous aide ainsi à comprendre que chaque victime d'un crime réagit d'une façon très personnelle à cet événement. Les interventions thérapeutiques doivent donc être adaptées aux différences individuelles des victimes.

On peut considérer que les différences individuelles sont la justification première des interventions individualisées. Le caractère unique de l'expérience de certains individus fait en sorte que le traitement doit absolument être individualisé. Il existe toutefois des caractéristiques communes aux expériences des victimes, que chaque victime vivra plus ou moins intensément. Il peut s'agir par exemple d'un sentiment de peur ou de colère, ou encore de l'évitement psychologique ou comportemental. Il ne faut pas cependant considérer les victimes toutes de la même manière, car les conséquences pourraient être désastreuses. Avec la comparaison sociale, par exemple, la fusion des degrés de gravité serait probablement néfaste pour les victimes de crimes plus graves (Greenberg et Ruback, 1992). En comparant leur propre expérience à celle de victimes moins traumatisées, ces victimes risquent d'être entraînées dans un cycle de dépression, d'adopter une attitude de victime ou de se blâmer. C'est pourquoi il faut un éventail de services susceptibles d'aider les victimes à recouvrer le plus possible la santé.

Beaucoup de victimes peuvent bénéficier de simples services de base comme de l'information, de la documentation écrite ainsi que des renseignements sur l'aide disponible et les signes et symptômes possibles de problèmes plus graves. Ce groupe peut aussi profiter de la GSIC, l'accent étant mis sur la communication d'information et l'aiguillage vers les ressources requises (Everly et coll., 2000). Ces victimes peuvent le plus souvent compter sur les soutiens naturels ou faire appel à leurs propres stratégies d'adaptation pour surmonter la victimisation. En d'autres termes, elles sont capables de s'adapter à leur nouvelle situation de victime. Ce groupe de victimes est généralement constitué d'individus qui ont vécu une expérience relativement peu traumatisante ou dont la résilience particulière leur permet de s'adapter aux agents stressants chroniques et circonstanciels.

Un second groupe est composé d'individus modérément traumatisés. Ces victimes peuvent éprouver certains symptômes, comme la peur ou la colère, mais arrivent à surmonter ces sentiments avec un minimum de soutien professionnel. Elles peuvent tirer profit des interventions offertes au groupe des victimes moins traumatisées, mais aussi des groupes de soutien, des interventions individuelles et des interventions en groupe. Il peut s'agir d'interventions d'une durée relativement courte, axées sur des symptômes négatifs spécifiques et destinées à l'apprentissage d'aptitudes particulières. Ce groupe peut aussi bénéficier des soutiens naturels, mais peut aussi avoir besoin des services de spécialistes professionnels et paraprofessionnels.

Les victimes fortement traumatisées peuvent aussi bénéficier de tous les services mentionnés ci-dessus, mais ont souvent besoin d'interventions plus intensives, comme une thérapie de longue durée destinée à traiter les symptômes et à développer des aptitudes en vue de l'adaptation. Le traitement devrait en principe cibler le traumatisme antérieur et les effets à long terme de la victimisation. Le traitement des symptômes devrait aussi exiger plus de temps et s'étendre aux autres aspects de la vie. Les victimes gravement traumatisées risquent davantage aussi d'éprouver des symptômes très négatifs. En outre, si ces victimes éprouvent des problèmes multiples et en éprouvaient avant la victimisation, il est préférable de mettre des services professionnels à leur disposition. Les professionnels qui s'occupent de ces victimes devraient être bien préparés à traiter les réactions idiosyncrasiques et appuyer le travail des paraprofessionnels et des bénévoles.

Enfin, un dernier groupe de victimes, celles qui sont à l'étape de la précontemplation, requiert des interventions spécifiques. Ces victimes ont subi un traumatisme, éprouvent des réactions négatives, mais refusent de reconnaître que ces réactions découlent du traumatisme ou minimisent l'importance de ces réactions. Ces clients ont besoin d'interventions spécifiques qui les aideront à comprendre la



victimisation et à déterminer à quel moment ils doivent obtenir de l'aide. Souvent, les techniques de conscientisation comme la distribution de documents écrits (brochures), la possibilité de s'autorévaluer, le soulagement dramatique au moyen de séances d'information ou d'autres méthodes indirectes peuvent aider les individus qui sont encore à l'étape de la précontemplation à faire une évaluation informée de leur fonctionnement actuel et des choix qui s'offrent à eux (Rosen, 2000). Il faut toutefois rappeler la mise en garde de Nelson et coll. (2002), selon laquelle les cliniciens ne doivent pas supposer que les individus ayant vécu un événement potentiellement traumatisant en sont automatiquement traumatisés. Les fournisseurs de services doivent donc traiter ces situations avec tact, pour éviter d'aggraver la détresse des victimes.

4.0 Incidences sur les professionnels

Les incidences qui découlent de la présente étude sont très nombreuses et très diversifiées. Il est raisonnable de conclure que des changements cognitifs se produisent, mais c'est une autre question de savoir quelle incidence cela peut avoir sur le travail des professionnels. Du point de vue clinique, les victimes constituent un groupe hétérogène d'individus regroupés à la suite d'un processus externe non contrôlable. Les fournisseurs de services doivent donc considérer ce groupe d'une façon très différente. Ils doivent se garder de supposer que ces victimes ont certains points communs, y compris le traumatisme. Ils doivent plutôt évaluer correctement ces victimes et leur recommander les interventions qui conviennent. Dans cette tâche difficile, les fournisseurs de services doivent aussi porter une attention particulière aux soins autonomes ainsi qu'au risque d'épuisement et de traumatisme transmis par personne interposée.

4.1 Évaluation et dépistage

L'une des principales fonctions d'un modèle de prestation de services consiste à déterminer les besoins du client et à établir le lien entre le client et les services. L'évaluation de chaque client doit tenir compte des éléments suivants, qui serviront à l'orienter vers les services appropriés. Il est important de noter que ces domaines d'analyse doivent être soumis au jugement clinique, car ils ne constituent pas simplement une liste de vérification en vue du dépistage.

Caractéristiques de la victime : antécédents

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

Caractéristiques de la victime : actuellement

- Caractéristiques de la personnalité
- Évaluation de l'autoefficacité et de la force du moi
- Caractéristiques démographiques
- Stratégies d'adaptation actuelles
- Consommation d'alcool ou de drogue
- Évaluation du risque de suicide ou d'homicide
- État mental actuel : troubles psychologiques, etc.



- Présence de dissociation
- Réseau de soutien actuel
- Situation initiale dans le modèle transthéorique de changement de comportement
- Perception qu'a la victime de ses besoins

Caractéristiques du crime

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

Les victimes qui éprouvent de la détresse et des symptômes de plus en plus aigus doivent obtenir des services plus fréquents ou plus intensifs. Par contre, les victimes qui n'éprouvent pas une réaction grave ne doivent pas nécessairement se joindre à un groupe de soutien ou suivre une thérapie individuelle. Elles peuvent toutefois tirer profit de leur participation à des séances d'information ou de la lecture de documentation écrite. Cette orientation des clients vers des services qui leur conviennent et qui font partie d'un éventail de services leur est profitable et permet de limiter les coûts.

4.2 Intervention en fonction du client et éventail de services

Quand il est question d'un éventail de services et d'orienter les clients vers les services qui leur conviennent, il faut garder en mémoire la question de l'hétérogénéité des victimes. Compte tenu des nombreuses différences entre les clients et de leurs diverses réactions, les fournisseurs de services doivent s'efforcer d'adapter leurs interventions aux besoins particuliers de chaque client. La gamme des services offerts doit aller de la simple communication d'information jusqu'à la thérapie individuelle intensive. Ces services peuvent donc prendre les formes suivantes : information publique, brochures, séances d'information, groupes de soutien, groupes d'entraide, soutien paraprofessionnel, soutien clinique et interventions psychologiques. De plus, ces interventions doivent s'adresser non seulement à la victime elle-même, mais aussi à son réseau de soutien et à l'ensemble de la société. C'est particulièrement le cas en ce qui concerne la diffusion de renseignements et les campagnes d'information publique, car il est raisonnable de penser que de telles mesures vont aider les nouvelles victimes à mieux connaître le système et peut-être à éviter ainsi la détresse associée à la recherche des ressources.

Information à l'intention des victimes

Dans tous les cas, les victimes devraient au moins avoir la possibilité d'obtenir de l'information sur les mécanismes leur permettant de surmonter leur traumatisme. Il faut diffuser sur une grande échelle des brochures recommandant des stratégies d'adaptation simples et positives et expliquant comment obtenir de l'aide spécialisée. Les victimes pourraient aussi tirer profit d'un guide d'information sur le processus de justice pénale, les résultats possibles, les professionnels qui s'occupent de leur cas et leur rôle respectif. Cette mesure pourrait contribuer à atténuer en partie la victimisation secondaire que certaines victimes disent ressentir dans leurs rapports avec le « système ». De plus, il faut que les victimes comprennent très bien les objectifs et les méthodes des thérapies afin qu'elles puissent choisir d'une façon éclairée le traitement qui leur convient le mieux. Ces informations devraient être présentées dans des brochures, des feuillets et des séminaires d'information destinés aux victimes et aux personnes qui leur viennent en aide. Ces initiatives pourraient aussi aider les victimes qui sont à l'étape de la précontemplation à comprendre leurs réactions et les encourager à obtenir de l'aide.

Information à l'intention des services de soutien

Les soutiens naturels ont besoin d'être informés sur la manière de fournir des services d'aide affective, d'information et d'appréciation. Les personnes qui assurent ce type de soutien doivent mieux comprendre comment se développe le traumatisme et les réactions qui peuvent en découler. Comme ces personnes sont aussi les premières à observer la détresse de la victime, elles doivent être en mesure de détecter les signes avant-coureurs afin de lui venir en aide si son état s'aggrave. Elles doivent aussi savoir comment elles pourraient réagir à la victimisation de leur ami ou de leur partenaire et comment obtenir de l'aide dans un tel cas (p. ex. un mari éprouvé par l'agression sexuelle dont sa femme a été victime). Il faudrait mettre à la disposition de toutes les victimes et de leurs soutiens une brochure expliquant ces notions aux proches. Les personnes qui viennent en aide aux victimes pourraient aussi assister à des séances d'information.

Malgré les efforts du personnel du système de justice pénale, il reste encore du travail à faire pour lui apprendre comment s'occuper correctement des victimes. Les recherches ont montré que ce groupe de personnes pouvait devenir une source précieuse d'information et offrir aux victimes un soutien tangible (Norris et coll., 1997). Ces personnes pourraient aussi tirer profit d'une formation sur la manière d'éviter de provoquer un traumatisme secondaire et l'épuisement chez les victimes. Il serait utile aussi de donner une formation au personnel médical et aux spécialistes de la santé mentale. Cette mesure profiterait non seulement aux victimes d'un crime, mais aussi aux personnes qui sont aux prises avec d'autres problèmes ou qui ont des antécédents de victimisation et de traumatisme.

L'information dans ce domaine ne devrait pas servir seulement à aider les victimes ciblées, mais aussi à élaborer des questions précises permettant de dépister les victimes dont on ignore l'existence. La recherche démontre clairement qu'une intervention en groupe même minime (p. ex. quatre séances en groupe) peut atténuer considérablement la détresse des victimes.

Groupes d'entraide entre victimes

La recherche révèle que les victimes accordent plus d'attention aux autres victimes que les inconnus de bonne foi (Greenberg et Ruback, 1992). Nous savons aussi que les victimes n'ont pas toutes besoin d'une intervention professionnelle, surtout quand leur réaction est mineure. La mise sur pied de programmes d'entraide entre victimes est donc un moyen économique d'aider ces victimes à se



rétablir. On recommande toutefois que ces programmes soient suivis d'une manière ou d'une autre par des professionnels. L'objectif n'est pas d'assurer ainsi une supervision, mais de permettre aux victimes qui ont besoin de services ou d'interventions plus intensifs d'avoir rapidement accès aux services d'un spécialiste professionnel. Pour les victimes qui quittent le système, ces programmes peuvent aussi constituer la dernière étape, qui les aide à consolider les gains acquis.

Groupes de soutien professionnel

Les groupes de soutien professionnel peuvent être très utiles aux victimes qui ont subi un traumatisme plus grave. Les clients seraient notamment ceux qui ont de la difficulté à suivre un programme de traitement plus actif et qui ont plutôt besoin de temps pour acquérir l'énergie nécessaire pour participer à ces programmes. Les programmes d'entraide entre victimes, à eux seuls, ne conviennent pas à ce type de victimes, car leurs problèmes dépassent normalement la compétence des dirigeants de ces groupes d'entraide. Par contre, les programmes de soutien dirigés par des professionnels pourraient aider les victimes à progresser et à changer positivement.

Thérapie

Enfin, des thérapies individuelles et de groupe, dirigées par des professionnels reconnus, devraient être offertes aux victimes qui éprouvent une réaction grave au traumatisme. Comme une intervention relativement brève peut tout de même être bénéfique, cette option ne serait pas nécessairement coûteuse. Les professionnels possèdent les compétences nécessaires pour reconnaître les symptômes liés au traumatisme et faire les interventions nécessaires. Ils devraient être en mesure d'aider la victime à raconter son expérience et à lui donner une signification. De plus, ils peuvent concevoir des interventions spécialisées, dans les traitements individuels comme dans les traitements en groupe, pour aider chaque victime à se rétablir plus rapidement. De cette manière, ils pourraient contribuer à atténuer la douleur personnelle des victimes et les aider à reprendre une vie normale.

Services paraprofessionnels

Le recours à des services paraprofessionnels est aussi un élément important quand il est question d'aider les victimes et de concevoir des interventions qui peuvent leur venir en aide. En effet, les paraprofessionnels occupent une place importante dans l'éventail des services dont les victimes ont besoin. Rappelons que le soutien social perçu et réel a une influence très bénéfique sur les victimes. Après avoir acquis la formation appropriée, les paraprofessionnels pourraient combler cette lacune, soutenir les victimes ayant des réactions complexes et les aider à comprendre ces réactions. Les professionnels, pour leur part, peuvent aider les victimes qui ont besoin d'une intervention plus intensive. Même si les victimes n'ont pas toutes besoin de services professionnels, il y aurait beaucoup d'avantages à offrir ce service.

Pour arriver à mettre en place un éventail de services compétents et à l'écoute des victimes, il faudra adopter de bonnes méthodes de détection et de formation pour déterminer quand les professionnels seront appelés à fournir des services. Si toutefois un tel système était mis en place, les victimes auraient accès à des services plus efficaces et seraient dirigées rapidement vers le service leur convenant le mieux. Cette solution serait économique pour le système de santé et plus avantageuse pour les clients, qui auraient accès aux services plus rapidement au lieu de se retrouver sur de longues listes d'attente ou de consulter des professionnels débordés. Puisqu'il est question de professionnels

débordés, l'épuisement et le traumatisme transmis par personne interposée sont deux notions qui occupent une place importante dans la prestation de services efficaces aux victimes.

4.3 Épuisement et traumatisme transmis par personne interposée

La préservation de la santé des fournisseurs de services est une préoccupation importante quand il s'agit de venir en aide aux victimes d'un crime. Gorman (2001) souligne que les fournisseurs de services et les superviseurs doivent être attentifs au traumatisme secondaire ou transmis par personne interposée, à la fatigue de la compassion, au contretransfert et au risque d'épuisement. Brown et O'Brien (1998) ont étudié le stress professionnel dans les refuges pour femmes battues et la manière dont le personnel de ces refuges arrivait à surmonter les agents stressants. Ils ont constaté que pour 65 p. 100 des employées les items suivants étaient modérément ou fortement stressants : la frustration quand une femme battue retourne dans son foyer où elle est en danger, la colère à l'endroit des agresseurs et la difficulté de surmonter « la douleur et l'horreur » de la violence conjugale. L'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation étaient en majeure partie liés aux contraintes de temps. D'autres agents stressants étaient aussi liés à l'épuisement : les tracasseries administratives, les exigences physiques, le manque de participation et la difficulté de s'épanouir (Brown et O'Brien, 1998). Il faut noter ici que certains agents stressants sont attribuables non pas aux victimes, mais plutôt aux politiques du système.

Dans leur livre sur l'épuisement professionnel, Grosch et Olsen (1994) adressent plusieurs recommandations aux professionnels pour éviter l'épuisement. En voici un aperçu.

Autoévaluation

Les professionnels, les paraprofessionnels et les bénévoles doivent constamment s'autoévaluer. À cette fin, ils doivent avant tout arriver à faire la distinction entre la fatigue normale et la fatigue chronique qui s'apparente à l'épuisement. Cette recommandation se rapporte aussi à la supervision et à la consultation concernant la manière dont l'individu surmonte ses difficultés et adopte des comportements visant à préserver son équilibre personnel.

Interventions à l'intention des fournisseurs de services

Les professionnels et les paraprofessionnels doivent aussi savoir quand ils doivent demander de l'aide. Ils peuvent compter sur différentes ressources comme les groupes d'entraide, les groupes de soutien, la psychothérapie, les traitements ambulatoires et les traitements pour hospitalisés (Grosch et Olsen, 1994).

Supervision, consultations et soutien par les pairs

Comme nous l'avons mentionné, les fournisseurs de services doivent compter sur les autres pour connaître leur propre niveau de stress (Gorman, 2001; Grosch et Olsen, 1994). La perception du soutien social des superviseurs et du soutien social de la famille et des amis présentaient toutes deux une corrélation négative avec l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation (Brown et O'Brien, 1998). Les fournisseurs de services doivent donc savoir qu'ils peuvent compter sur des appuis et que les autres peuvent leur faire des observations explicites. Il serait utile aussi d'inclure dans le cadre de la supervision normale ou des discussions en équipe des « contrôles de l'épuisement professionnel ».



Adopter un mode de vie équilibré

Les personnes qui exercent une profession d'assistance à autrui doivent apprendre à se fixer des limites et à adopter un mode de vie équilibré (Grosch et Olsen, 1994). Cette recommandation, qui vise à prévenir l'épuisement professionnel, a été répétée si souvent qu'elle est presque devenue un cliché. Elle est toutefois fréquente parce que c'est probablement l'un des éléments les plus importants de la formation et du perfectionnement des thérapeutes et des conseillers psychologiques. Autrement dit, les fournisseurs de services qui deviennent trop préoccupés par leur travail risquent de satisfaire leurs propres besoins personnels en venant en aide aux autres. Ils peuvent éprouver le besoin de se sentir utiles, d'avoir des contacts sociaux, de se sentir valorisés ou de résoudre des problèmes de relations ou d'enfance non résolus. Par contre, si le fournisseur de services arrive à combler ces besoins par d'autres moyens (vie familiale, amitiés, spiritualité, etc.), il sera probablement moins exposé à l'épuisement professionnel. Malheureusement, dans la profession d'assistance à autrui, il faut regretter le renforcement que les pairs, les superviseurs et les clients attribuent au « dévouement » ou à ceux qui ont pour « mission » de changer les choses. La limite entre le fait d'être le « héros » de la clinique et le congé pour cause de stress peut être très difficile à établir.

C'est pourquoi les professionnels, les paraprofessionnels et les bénévoles qui s'occupent des victimes doivent être vigilants et s'assurer qu'ils ne s'exposent pas eux-mêmes au risque de devenir eux aussi des victimes. Les stratégies proposées ci-dessus sont importantes peu importe le groupe de clients dont on s'occupe, car on peut facilement penser qu'il faut « en donner un petit peu plus ». Pourtant, si les fournisseurs de services travaillent constamment à ce niveau, ils risquent un jour de ne plus pouvoir fournir des services ou effectuer des interventions.

5.0 Lacunes de la documentation

Plusieurs domaines de recherche pourraient bénéficier d'une investigation plus poussée ou plus rigoureuse. La liste qui suit n'est pas une énumération des projets de recherche qui devraient être entrepris, mais elle expose plutôt les lacunes que l'on peut observer dans la documentation actuelle. Ceci étant dit, une grande partie de la documentation étudiée ne porte pas particulièrement sur les changements cognitifs résultant de la victimisation, car il y a peu d'études consacrées à cette question. C'est pourquoi la première recommandation porte sur ce point.

Changements cognitifs chez les victimes

Comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, l'une des difficultés liées à la présente étude était le petit nombre de rapports de recherche empirique portant sur les changements cognitifs chez les victimes d'un crime. Fort heureusement, il est possible d'extrapoler à ce domaine d'étude les résultats d'autres travaux de recherche, mais cela exige toutefois quelques réserves. C'est pourquoi d'ailleurs la présente étude dans son ensemble doit être considérée comme une première étape dans la recherche de réponses aux questions portant sur les changements cognitifs. C'est pourquoi aussi toute recherche empirique fiable portant spécifiquement sur la victimisation et les changements des souvenirs, les stratégies de résolution des problèmes, le traitement de l'information, les différences entre les schémas de pensée et les changements perceptifs ne peut servir qu'à faire avancer les choses dans ce domaine. Il faut comprendre que les chercheurs dans ce domaine se concentrent sur des recherches très appliquées, mais certains travaux de recherche sur ces questions fondamentales pourraient être bénéfiques pour les victimes. Ensuite, il pourrait être utile d'examiner les changements cognitifs dans différents sous-groupes de victimes d'actes criminels.

Recherche longitudinale

Dans la recherche proposée ci-dessus, toute étude comparant des individus avant et après la victimisation peut s'avérer utile. La recherche transversale et la recherche à mesure simple ont l'inconvénient de ne pas révéler avec certitude pourquoi une relation existe. La recherche longitudinale, en revanche, permet aux chercheurs d'examiner les changements survenus après certains événements ainsi que les effets des agents modérateurs qui existaient avant la victimisation (p. ex. les facteurs de résilience et de risque). Dans la présente étude, plusieurs recherches longitudinales ont fourni de l'information utile. Il serait souhaitable que d'autres recherches longitudinales examinent les effets à long terme de la victimisation et les facteurs liés au traumatisme de la victimisation.

Situation avant le crime

Toujours dans l'optique de la recherche longitudinale, l'une des principales failles de la documentation sur la victimisation vient du fait que la plupart des recherches ont été réalisées après la victimisation. À cause de ce point de vue rétrospectif, les données avant la victimisation nous échappent. Certains chercheurs ont tenté d'évaluer la situation avant le crime au moyen de méthodes rétrospectives, mais cette manière de travailler est peu rigoureuse et exposée à l'erreur (McFarland et Alvaro, 2000). Il serait utile d'effectuer une analyse de suivi des bases de données actuelles d'individus non victimes pour repérer selon des variables d'intérêt les nouvelles victimes. La recherche doit examiner comment les caractéristiques des victimes peuvent changer à la suite de la victimisation.



Une méthode pour plusieurs sous-groupes de victimes d'un crime

L'une des difficultés liées à l'examen de la documentation, quelle qu'elle soit, consiste à délimiter certains sous-groupes en particulier. Les chercheurs sont généralement portés à étudier des sous-groupes, comme les victimes d'une agression sexuelle ou les victimes de voies de fait. Cette méthode, bien compréhensible, rend toutefois difficile la comparaison des réactions selon les sous-groupes de victimes. La recherche de Norris et coll. (1997), au Kentucky, démontre bien l'intérêt d'examiner une vaste population. Ces chercheurs ont démontré que le processus de la victimisation provoquait des effets similaires chez toutes les victimes d'un crime, peu importe s'il s'agit d'un crime contre les biens ou d'un crime avec violence (c'est-à-dire gravité). Ils ont constaté que la gravité du crime influence l'ampleur de la réaction, et non le profil de la réaction. Cette conclusion est importante pour comprendre le processus de la victimisation. Ces chercheurs ont pu démontrer aussi que les victimes d'un crime avec violence subissaient une réaction plus vive. Cette recherche devrait être répétée dans le contexte canadien, avec une période de suivi plus longue et des méthodes d'évaluation plus rigoureuses. Cela nous permettrait de raffiner notre compréhension de la victimisation.

Mesures communes

La recherche sur la victimisation découlant du crime pourrait bénéficier de la normalisation des instruments d'évaluation. Il pourrait suffire par exemple de choisir une ou deux mesures communes de la victimisation et du traumatisme qui seraient applicables à toutes les victimes. Ainsi, dans le domaine de la violence conjugale, on utilise de façon générale le test *Conflict Tactics Scale*, qui permet de faire des comparaisons entre différentes études. Un diagnostic du syndrome de stress post-traumatique semble être ce qui s'y apparente le plus dans la documentation générale, mais il n'est pas spécifique à la victimisation découlant du crime et les chercheurs utilisent diverses méthodes pour déterminer cette variable. Avec des mesures communes, les chercheurs pourraient ajouter toute autre mesure particulière propre à un groupe ou à un sujet donné. Cette simple innovation faciliterait la comparaison entre les études.

Application du modèle des étapes du changement aux services destinés aux victimes

Il faudrait entreprendre des recherches pour comprendre comment les étapes du changement se manifestent chez les groupes de victimes et évaluer l'utilité de ce modèle dans la conception des interventions ou la prévision du comportement en thérapie ou des abandons. De plus, toute recherche sur le modèle transthéorique du changement de comportement devrait porter notamment sur les variables de la personnalité et de la psychopathologie, afin que l'on comprenne mieux pourquoi certaines victimes refusent de reconnaître leur état de victime (étape de la précontemplation). Il reste encore beaucoup de travail à faire dans ce domaine avant que l'on puisse considérer que le modèle transthéorique du changement de comportement peut être appliqué efficacement aux victimes.

Jumelage à des groupes de comparaison et à des groupes de contrôle

Pour comprendre les effets de la victimisation et des interventions judiciaires et thérapeutiques subséquentes, il faudrait que les groupes de victimes soient jumelés à des groupes de comparaison. Les recherches portant sur un seul groupe permettent de déterminer si des changements ont eu lieu, mais ceux-ci peuvent être dus à un développement normal, à l'évolution de la société ou à d'autres facteurs extérieurs. En utilisant un groupe de comparaison, on peut savoir avec plus de certitude qu'une intervention donnée est efficace. En étudiant la victimisation secondaire, par exemple, les chercheurs pourraient facilement rapprocher les différents services de police et proposer un type de formation portant sur les rapports avec les victimes et la manière de les interroger. Par la suite, les chercheurs pourraient communiquer avec les victimes pour évaluer le degré de victimisation secondaire entre les

deux périodes. Ils pourraient aussi apparier les victimes entre ces deux périodes pour déterminer les différences éventuelles entre les variables de la victimisation.

Stratégies cognitives de l'adaptation normale

Il faudrait que des recherches établissent s'il existe des différences entre l'adaptation normale et l'adaptation à la victimisation. La présente étude porte sur la victimisation découlant du crime. Dans notre examen des changements cognitifs liés à l'adaptation à la victimisation, nous avons toutefois tenu compte de la documentation portant sur les catastrophes naturelles et des événements d'ordre général. Il peut s'agir là d'une surgénéralisation de cette recherche en ce sens que les effets peuvent être différents quand l'acte provoquant le traumatisme dépend d'une autre personne (l'auteur du crime). Ozer et coll. (2003) affirment que le rapport entre le traumatisme et le syndrome de stress post-traumatique est plus étroit quand l'événement traumatisant est un crime, par opposition à une catastrophe naturelle. Cet aspect interpersonnel de la victimisation découlant d'un crime est susceptible d'ajouter d'autres éléments à la réaction traumatique. On pourrait s'attendre à ce que certaines notions comme la confiance, les craintes sociales et le sentiment de sécurité personnelle soient influencées différemment quand le traumatisme est causé par une autre personne. Par exemple, les résultats de recherche sur l'attachement et le traumatisme causé par la guerre (Mikulincer et coll., 1993) seraient différents si le traumatisme était causé par un crime interpersonnel.

Utilisation d'autres rapports dans la recherche sur l'efficacité

Toute recherche sur la victimisation et les changements qui se produisent chez les victimes avant et après la victimisation devrait inclure dans la mesure du possible des rapports provenant des proches des victimes. En demandant aux proches d'évaluer la réaction au traumatisme, les chercheurs seront en mesure de valider partiellement la manière dont la victime éprouve le changement. Rappelons que la victime et les autres n'ont pas la même opinion quand il s'agit d'évaluer le changement observé chez la victime avant et après la victimisation (McFarland et Alvaro, 2000). Cette approche pourrait être utilisée pour déterminer l'efficacité des traitements et dans l'application aux victimes du modèle des étapes du changement. Les victimes qui sont à l'étape de la précontemplation ne se rendent pas nécessairement compte qu'elles peuvent éprouver des problèmes associés à la victimisation, alors que les autres peuvent observer des changements (Prochaska et coll., 1992). Cette approche pourrait être utilisée à toutes les étapes ou avec tous les types de recherches sur l'efficacité pour obtenir plus d'information sur les changements associés à la victimisation et sur les interventions subséquentes.

Recherche sur le traumatisme transmis par personne interposée chez les soutiens naturels

Bien que certains travaux aient été consacrés à l'épuisement chez les soutiens professionnels, bien peu d'études portent sur le système des soutiens naturels. Comme nous l'avons mentionné, les soutiens naturels semblent être la source de soutien préférée de la plupart des victimes (Greenberg et Ruback, 1992; Leymann et Lindell, 1992; Norris et coll., 1997). Cette source de soutien est donc une aide précieuse pour les victimes, et les soutiens naturels peuvent même parfois aider la victime à surmonter ses difficultés sans qu'elle doive recourir à d'autres services. De toute évidence, la victimisation exerce une influence sur le réseau social de la victime. Nelson et coll. (2002) se sont intéressés aux difficultés liées au traitement des couples dont les deux membres ont subi un traumatisme et ont mis en évidence plusieurs problèmes découlant du choc causé par des stratégies d'adaptation différentes. La dynamique qu'ils décrivent pourrait toutefois s'appliquer plus facilement à toute relation où l'un des partenaires est victime tandis que l'autre a la responsabilité de l'aider à surmonter son traumatisme. Plusieurs travaux de recherche démontrent que la victimisation a un effet sur le système social de la victime. Byrne et coll. (1999), par exemple, ont constaté que les victimes d'une agression sexuelle risquaient



d'avantage d'avoir divorcé avant la fin de l'étude. Cela peut être attribuable à des changements subis par la victime, par le conjoint ou par les deux. Il faudrait pousser les recherches dans ce domaine.

Recherche portant sur des victimes du « monde réel »

Même si toutes les recherches portant sur le « monde réel » souffrent de lacunes parce que les sujets volontaires diffèrent des sujets non volontaires et qu'ils ne sont pas choisis au hasard, il existe un autre problème auquel la recherche peut s'intéresser. Quand il est question d'évaluer l'efficacité d'un traitement, il est courant de sélectionner les sujets potentiels au moyen de certains critères. Par exemple, Resick et coll. (2002) ont exclu les individus aux prises avec certains problèmes particuliers comme la psychose, des troubles du développement, des intentions suicidaires, un comportement parasuicidaire, l'alcoolisme ou la toxicomanie, l'analphabétisme et d'autres facteurs. Ce type de sélection peut aider à comprendre si un traitement est efficace dans des conditions idéales. La recherche sur l'efficacité des traitements devrait toutefois s'intéresser aussi à l'univers des services typiques offerts aux victimes et au profil normal des victimes qui peuvent avoir besoin d'aide. En d'autres termes, il peut être important de savoir qu'un traitement ou une intervention donnés sont efficaces dans un sous-groupe stable en particulier, mais cette connaissance risque d'être peu utile quand il s'agit de savoir quel type de traitement peut s'avérer utile dans les faits. La recherche doit donc porter aussi sur l'applicabilité des traitements à des victimes réelles et en milieu réel.

Recherche approfondie sur l'applicabilité des interventions en cas de crise et de la GSIC aux victimes d'un crime

Comme nous l'avons mentionné, on cherche encore à savoir si la GSIC peut contribuer à atténuer les effets du traumatisme chez les victimes. Cependant, on ne se préoccupe pas assez de savoir si les efforts pour aider les victimes sont importants. Il faut poursuivre des recherches empiriques approfondies sur l'utilité de la GSIC et de ses principes dans le cas des victimes d'un crime. Ces méthodes peuvent convenir davantage à certains groupes de victimes plutôt qu'à d'autres. Cependant, en raison des avantages que procure le soutien social, il se peut que la GSIC, comme les autres interventions en groupe, puisse provoquer des effets positifs chez toutes les victimes. Il faudrait toutefois arriver à savoir si la GSIC peut provoquer des effets négatifs chez les individus enclins à la dissociation.

Enfin, comme la GSIC commence à s'avérer utile aux fournisseurs de services, il serait opportun de déterminer si elle peut aussi aider les intervenants de refuges, les intervenants en santé mentale et le personnel du système de justice pénale à atténuer le traumatisme transmis par personne interposée. Certaines données semblent appuyer ce type d'application, mais les preuves ne sont pas aussi solides qu'on le souhaiterait.

6.0 Conclusion et recommandations

En conclusion, il est évident que les victimes subissent des changements cognitifs et émotifs dans le processus de la victimisation. Les recherches sur les programmes de traitement démontrent que les programmes axés sur les habiletés cognitives aident les victimes à atteindre plus rapidement un état où les symptômes ne sont plus apparents. D'autres recherches montrent toutefois que les individus qui ne reçoivent pas de traitement peuvent néanmoins parvenir au même état que ceux qui ont suivi un traitement. Il est donc raisonnable de supposer que des changements surviennent dans les éléments cognitifs et que les victimes doivent subir des changements cognitifs après la victimisation. Celles qui ont besoin de services doivent accéder rapidement aux interventions appropriées afin de réduire le temps pendant lequel elles sont en détresse. Les cliniciens doivent toutefois tenir compte des conséquences de la victimisation découlant du crime et se soucier de respecter les victimes et leurs désirs, afin d'éviter d'aggraver leur détresse. Le jumelage des clients aux services pourrait être fondé sur la gravité du crime, la gestion du stress à la suite d'un incident critique peut s'avérer utile au début et le modèle transthéorique de la disposition au changement peut constituer un moyen d'orienter les victimes vers les services dont elles ont besoin. Malheureusement, une bonne partie de cela n'est que conjectures, car il existe peu de recherches dans ce domaine. On peut toutefois s'attendre à de meilleurs résultats grâce à une meilleure répartition des ressources destinées aux clients; de plus, le jumelage judicieux des fournisseurs de services, des interventions et des victimes peut contribuer à atténuer la détresse causée par la victimisation et les interventions.

Malgré les limites de la documentation dans ce domaine, on peut proposer avec une confiance relative certaines recommandations, surtout si celles-ci sont doublées d'une évaluation sérieuse de l'efficacité des programmes. Un grand nombre de ces interventions sont peu coûteuses et pourraient aider grandement les victimes à surmonter leur traumatisme.

Recommandation 1 : Raffiner la recherche

Comme nous l'avons mentionné, les recherches portant sur les victimes doivent aller au-delà des relations simples et examiner le processus de changement découlant de la victimisation. En étudiant les changements cognitifs, émotionnels, sociaux et comportementaux des victimes, les chercheurs sauront mieux comment élaborer des programmes plus efficaces. Cela signifie aussi que le système doit accorder son appui à un programme de recherche empirique approfondie.

Recommandation 2 : Jumelage des clients et des traitements

Le jumelage des clients et des services constitue une solution pratique aux contraintes des ressources. Les clients peuvent entrer dans le système et en sortir à volonté. Le problème, c'est que les clients qui ont des besoins mineurs bénéficient d'une trop grande attention, tandis que ceux qui éprouvent des besoins graves reçoivent des services insuffisants. La recherche démontre que les victimes préfèrent recourir aux soutiens naturels et qu'elles en retirent un grand profit. Il faut considérer les soutiens naturels comme un élément constituant de l'éventail des traitements et reconnaître que les clients qui éprouvent des besoins mineurs peuvent bénéficier d'un soutien et d'une intervention mineurs, pourvu qu'on leur recommande de consulter les personnes ressources appropriées. De même, les



clients qui éprouvent des besoins majeurs doivent pouvoir bénéficier des services des soutiens naturels tout en recevant des services additionnels correspondant à la gravité de leurs symptômes et de leur détresse.

Recommandation 3 : Mise en place d'un éventail de services

Comme le propose la recommandation 2, le jumelage des clients et des services serait un grand progrès. Pour cela, il faudrait adopter un système de prestation des services correspondant aux besoins des clients. Dans un tel système, la gamme des services offerts irait des services de base (perfectionnement pédagogique, séances d'information) jusqu'au soutien par des pairs et des professionnels ainsi qu'aux thérapies et interventions ciblées. De cette manière, les victimes pourraient entrer dans le système par différentes voies et recevoir rapidement les services correspondant à leurs besoins personnels. Elles pourraient ensuite quitter le système et reprendre leur vie quotidienne normale, ce qui contribuerait à réduire leur dépendance.

Recommandation 4 : Soutien de traitements pratiques

Les traitements devraient inclure des éléments pratiques de la vie quotidienne axés sur la victimisation. Ces traitements pourraient porter notamment sur les mécanismes d'adaptation, la maîtrise des émotions, des sujets d'ordre économique, la planification pratique, etc. Idéalement, ces traitements s'appuieraient sur des travaux de recherche et comprendraient un mécanisme d'évaluation. Cependant, l'objectif premier de toute intervention destinée aux victimes doit être de faciliter leur réintégration individuelle le plus rapidement possible. De cette manière, chaque victime tire le meilleur profit de son traitement, et les coûts d'exploitation du système demeurent raisonnables.

Recommandation 5 : Prévention de la victimisation

Compte tenu du fait que les résultats de recherche ne cessent de démontrer que la victimisation passée est un prédicteur de la victimisation future, les programmes de traitement devraient inclure de l'information destinée à aider les victimes à prévenir toute victimisation future. Ces interventions devraient en principe favoriser l'acquisition d'aptitudes cognitives à résoudre les problèmes et l'amélioration de la faculté d'appréciation. Il ne faudrait toutefois pas sous-estimer l'effet positif potentiel de la prévention de la victimisation.

Recommandation 6 : Aide aux fournisseurs de services et aux soutiens naturels

Bien qu'elle dépasse le propos de la présente étude, la question de l'épuisement et de la victimisation par personne interposée a été soulevée dans le but de montrer que le processus de la victimisation menace aussi les fournisseurs de services. Il est probable que les fournisseurs de services et les soutiens naturels éprouvent les effets cognitifs, émotionnels, sociaux et comportementaux découlant du contact avec les victimes. Au sein du système, les autorités doivent s'efforcer de venir en aide à ces personnes en leur offrant de l'information, des ressources et des services de supervision et de consultation efficaces. Grâce à de telles mesures, le système devrait mieux servir les intérêts des victimes et continuer de s'améliorer.

Recommandation 7 : Information du public et révision des politiques

Pour prévenir la victimisation et venir en aide aux victimes actuelles, il serait opportun de faire en sorte que l'information transmise et les politiques facilitent la compréhension des conséquences psychologiques du crime. Même si l'on peut considérer comme normal que les victimes d'un crime se trouvent entraînées dans les dédales du système médical et du système judiciaire, il est très raisonnable de penser qu'un minimum d'information et quelques orientations de politique pourraient aider les victimes et leurs soutiens à obtenir des changements psychologiques importants. De telles mesures aideraient toutes les parties intéressées à repérer rapidement les services appropriés. De plus, les victimes et les soutiens pourraient déterminer à quel moment ils devraient faire appel à ces services. De cette manière, on pourrait non seulement atténuer la détresse des victimes, mais aussi réduire le fardeau imposé au système de soutien professionnel, étant donné que les victimes pourraient vraiment obtenir les services qu'elles jugeraient nécessaires.

En conclusion, le processus de la victimisation peut provoquer des conséquences psychologiques graves chez les victimes, dans leur réseau de soutien et dans la société en général. Il n'est pas nécessaire que ces changements internes, cognitifs et émotionnels soient permanents pour exercer une influence négative. Fort heureusement, plusieurs moyens peuvent nous aider à comprendre les victimes, et nous pouvons tirer profit de cette connaissance pour concevoir des programmes de traitement et d'information adaptés aux besoins des victimes. Cette étude et cette synthèse de la documentation doivent être considérées comme une première étape, en raison du petit nombre de recherches dont nous disposons dans le domaine des changements cognitifs et du jumelage des victimes et des traitements. Les grands domaines de recherche que nous avons ainsi explorés nous laissent toutefois penser que des recherches plus approfondies sur ce sujet permettraient d'améliorer considérablement nos connaissances.



7.0 Bibliographie

BANDURA, A. *Self-efficacy: The exercise of control*, New York, W. H. Freeman and Company, 1997.

BARLING, J., ROGERS, A. G. et KELLOWAY, E. K. « Behind closed doors: In-home workers' experience of sexual harassment and workplace violence », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 6, n° 3, 2000, p. 255-269.

BREWIN, C. R., ANDREWS, B. et VALENTINE, J. D. « Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, n° 5, 2000, p. 748-766.

BRONFMAN, E. T., CAMPIS, L. B. et KOOCHER, G. P. « Helping children to cope: clinical issues for acutely injured and medically traumatized children », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 29, n° 6, 1998, p. 574-581.

BROWN, C. et O'BRIEN, K. M. « Understanding stress and burnout in shelter workers », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 29, n° 4, 1998, p. 383-385.

BRUNET, A., BOYER, R., WEISS, D. S. et MARMAR, C. R. « The effects of initial trauma exposure on the symptomatic response to a subsequent trauma », *Canadian Journal of Behavioural Science= Revue canadienne des sciences du comportement*, vol. 33, n° 2, 2001, p. 97-102.

BRYANT, R. A., HARVEY, A. G., GUTHRIE, R. M. et MOULDS, M. L. « A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 109, n° 2, 2000, p. 341-344.

BURLINGAME, G. M. et LAYNE, C. M. « Group-based interventions for trauma survivors: Introduction to the special issue », *Group Dynamics*, vol. 5, n° 4, 2001, p. 243-245.

BYRNE, C. A., RESNICK, H. S., KILPATRICK, D. G., BEST, C. L. et SAUNDERS, B. E. « The socio-economic impact of interpersonal violence on women », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 67, n° 3, 1999, p. 362-366.

CALHOUN, K. S. et ATKESON, B. M. *Treatment of rape victims: Facilitating psychosocial adjustment*, Toronto (Ontario), Pergamon Press, 1991.

CAMPBELL, R., SEFL, T., BARNES, H. E., AHRENS, C. E., WASCO, S. M. et ZARAGOZA-DIESFELD, Y. « Community services for rape survivors: enhancing psychological well-being or increasing trauma? », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 67, n° 6, 1999, p. 847-858.

CASAREZ-LEVISON, R. « An empirical investigation of coping strategies used by victims of crime: Victimization redefined », dans E. Viano (dir.), *Critical issues in victimology: International perspectives*, New York, Springer Publishing Co, 1992, p. 46-57.

DALEY, S. E., HAMMEN, C. et RAO, U. « Predictors of first onset and recurrence of major depression in young women during the 5 years following high school graduation », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 109, n° 3, 2000, p. 525-533.

DAVIS, C. G., NOLEN-HOEKSEMA, S. et LARSON, J. « Making sense of loss and benefiting from the experience: Two construals of meaning », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 75, n° 2, 1998, p. 561-574.

DEMPSEY, M. « Negative coping as mediator in the relation between violence and outcomes: Inner-city African American youth », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 72, n° 1, 2002, p. 102-109.

EVERLY, G. S., FLANNERY, R. B. et MITCHELL, J. T. « Critical Incident Stress Management (CISM): a review of the literature », *Aggression and Violent Behavior*, n° 5, 2000, p. 23-40.

FOA, E. B., HEARST-IKEDA, D. E. et PERRY, K. « Evaluation of a brief cognitive-behavioral for the prevention of PTSD in recent assault victims », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 63, 1995, p. 948-955.

FOY, D. W., ERIKSSON, C. B. et TRICE, G. A. « Introduction to group interventions for trauma survivors », *Group Dynamics*, vol. 5, n° 4, 2001, p. 246-251.

FRANK, E., ANDERSON, B., STEWART, B.D., DANCU, C., HUGHES, C. et WEST, D. « Immediate and delayed treatment of rape victims », dans R. A. Prentky et V. L. Quinsey (dir.), *Human sexual aggression: Current perspectives. Annals of the New York Academy of Sciences*, New York, NY, New York Academy of Sciences, 1988, vol. 528, p. 296-309.

GILBOA-SCHECHTMAN, E. et FOA, E. B. « Patterns of recovery from trauma: The use of intraindividual analysis », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 110, n° 3, 2001, p. 392-400.

GORMAN, W. « Refugee survivors of torture: Trauma and treatment », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 32, n° 5, 2001, p. 443-451.

GREENBERG, M. S. et RUBACK, R. B. *After the crime: Victim decision making*, New York, Plenum Press, 1992.

GROSCH, W. N. et OLSEN, D. C. *Souffrir à force d'aider : le « burnout » dans la relation d'aide : une perspective nouvelle*, Bruxelles, Éditions SATAS, 1998.

HAGEMANN, O. « Victims of violent crime and their coping processes », dans E. Viano (dir.), *Critical issues in victimology: International perspectives*, New York, Springer Publishing Co, 1992, p. 58-67.



HARVEY, A. G. et BRYANT, R. A. « Acute Stress Disorder: A synthesis and critique », *Psychological Bulletin*, vol. 128, n° 6, 2002, p. 886-902.

HOLMAN, E. A. et SILVER, R. C. « Getting “stuck” in the past: Temporal orientation and coping with trauma », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 74, n° 5, 1998, p. 1146-1163.

JACOBS, U. et IACOPINO, V. « Torture and its consequences: a challenge to clinical neuropsychology », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 32, n° 5, 2001, p. 458-464.

KENARDY, J. « The current status of psychological debriefing: It may do more harm than good », *British Medical Journal*, n° 321, 2000, p. 1032-1033.

KLIEWER, W., MURRELLE, L. MEJIA, R., TORRES DE G., Y. et ANGOLD, A. « Exposure to violence against a family member and internalizing symptoms in Colombian adolescents: The protective effects of family support », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 69, n° 6, 2001, p. 971-982

KORALESKI, S. F. et LARSON, L. M. « A partial test of the transtheoretical model in therapy with adult survivors of childhood sexual abuse », *Journal of Counseling Psychology*, vol. 44, n° 3, 1997, p. 302-306.

LAWSON, D. M. « The development of abusive personality: A trauma response », *Journal of Counseling and Development*, vol. 79, n° 4, 2001, p. 505-509.

LAYNE C. M., PYNOOS, R. S., SALTZMAN, W. R., ARSLANAGIC, B, SAVJAK, N., POPOVIC, T. DURAKOVIC, E., MUSIC, M., CAMPARA, N., DJAPO, N. et HOUSTON, R. « Trauma/Grief-Focused Group Psychotherapy: School-Based Postwar Intervention With Traumatized Bosnian Adolescents », *Group Dynamics*, vol. 5, n° 4, 2001, p. 277-290.

LEVENDOSKY, A. A. et GRAHAM-BERMANN, S. A. « Behavioral observations of parenting in battered women », *Journal of Family Psychology*, vol. 14, n° 1, 2000, p. 80-94.

LEYMANN, H et LINDELL, J. « Social support after armed robbery in the workplace », dans E. Viano (dir.), *The Victimology Handbook: Research findings, treatment, and public policy*, New York, Garland Publishing Inc, 1992, p. 285-304.

LITZ, B. T., ORSILLO, S. M. et WEATHERS. F. « Emotional processing in posttraumatic stress disorder », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 109, n° 1, 2000, p. 26-39.

MARTÍNEZ-TABOAS, A. et BERNAL, G. « Dissociation, psychopathology, and abusive experiences in a nonclinical Latino university student group », *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, vol. 6, n° 1, 2000, p. 32-41.

MCFARLAND, C. et ALVARO, C. « The impact of motivation on temporal comparisons: Coping with traumatic events by perceiving personal growth », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 79, n° 3, 2000, p. 327-343.

- MERRILL, L. L., THOMSEN, C. J., SINCLAIR, B. B., GOLD, S. R. et MILNER, J. S. « Predicting the impact of child sexual abuse on women: The role of abuse severity, parental support, and coping strategies », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 69, n° 6, 2001, p. 992-1006.
- MESSMAN, T. L. et LONG, P. L. « Child sexual Abuse and its relationship to revictimization in adult women: A review », *Clinical Psychology Review*, vol. 16, n° 5, 1996, p. 397-420.
- MEZY, G. « Reactions to rape: Effect, counselling and the role of health professionals », dans M. Maguire & J. Pointing (dir.), *Victims of crime: A new deal*, Milton Keynes, Open University Press, 1988, p. 66-73.
- MIKULINCER, M., FLORIAN, V. et WELLER, A. « Attachment styles, coping strategies, and posttraumatic psychological distress: The impact of the Gulf War in Israel », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 64, n° 5, 1993, p. 817-826.
- MORERA, O. F., JOHNSON, T. P., PARSONS, J., WARNECKE, R. B., FREELS, S., CRITTENDEN, K. S. et FLAY, B. R. « The measure of stage of readiness to change: some psychometric considerations », *Psychological Assessment*, vol. 10, n° 2, 1998, p. 182-186.
- MORIARTY, L. J. et EARLE, J. G. « An analysis of services for victims of marital rape: a case study », *Journal of Offender Rehabilitation*, vol. 29, n° 3/4, 1999, p. 171-181.
- NELSON, B. S., WANGSGAARD, S., YORGASON, J., HIGGINS KESSLER, M. et CARTER-VASSOL, E. « Single- and dual-trauma couples: Clinical observations of relational characteristics and dynamics », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 72, n° 1, 2002, p. 58-69.
- NISHITH, P., MECHANIC, M. B. et RESICK, P. A. « Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 109, n° 1, 2000, p. 20-25.
- NISHITH, P., RESICK, P. A. et GRIFFIN, M. G. « Pattern of change in prolonged exposure and cognitive-processing therapy for female rape victims with posttraumatic stress disorder », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, n° 4, 2002, p. 880-886.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. et DAVIS, C. G. « "Thanks for Sharing That": Ruminators and their social support networks », *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 77, n° 4, 1999, p. 801-814.
- NORRIS, F. H., KANIASTY, K. et THOMPSON, M. P. « The psychological consequences of crime: Findings from a longitudinal population-based studies », dans R. C. Davis, A. J. Lurigio et W. G. Skogan (dir.), *Victims of Crime*, 2^e édition, Thousand Oaks, CA, Sage Publications, 1997, p. 146-166.
- NORRIS, F. H., PERILLA, J. L. et MURPHY, A. D. « Postdisaster stress in the United States and Mexico: A cross-cultural test of the multicriterion conceptual model of posttraumatic stress disorder », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 110, n° 4, 2001, p. 553-563.
- OZER, E. J., BEST, S. R., LIPSEY, T. L. et WEISS, D. S. « Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis », *Psychological Bulletin*, vol. 129, n° 1, 2003, p. 52-73.



PROCHASKA, J. O., DICLEMENTE, C. C. et NORCROSS, J. C. « In search of how people change: Applications to addictive behaviors », *American Psychologist*, vol. 47, n° 9, 1992, p. 1102-1114.

PROCHASKA, J. O., VELICER, W. F., ROSSI, J. S., GOLDSTEIN, M. G., MARCUS, B. H., RAKOWSKI, W., FIORE, C., HARLOW, L. L., REDDING, C. A., ROSENBLOOM, D. et ROSSI, S. R. « Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors », *Health Psychology*, vol. 13, n° 1, 1994, p. 39-46.

RESICK, P. A., NISHITH, P., WEAVER, T. L., ASTIN, M. C. et FEUER, C. A. « A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, n° 4, 2002, p. 867-879.

RESICK, P. A. et SCHNICKE, M. K. *Cognitive Processing Therapy for rape victims: A treatment manual*, Newbury Park, CA, Sage, 1993.

ROGERS, K. et KELLOWAY, E. K. « Violence at work: Personal and organizational outcomes », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 2, n° 1, 1997, p. 63-71.

ROSEN, C. S. « Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems? A meta-analysis », *Health Psychology*, vol. 19, n° 6, 2000, p. 593-604.

RUSCIO, A. M., RUSCIO, J. et KEANE, T. M. « The latent structure of Posttraumatic Stress Disorder: A taxometric investigation of reactions to extreme stress », *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 111, n° 2, 2002, p. 290-301.

SMITH, K. J., SUBICH, L. M. et KALODNER, C. « The transtheoretical model's stages and processes of change and their relation to premature termination », *Journal of Counseling Psychology*, vol. 42, n° 1, 1995, p. 34-39.

STILLWELL, A. M. et BAUMEISTER, R. F. « The construction of victim and perpetrator memories: Accuracy and distortion in role-based accounts », *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 23, n° 11, 1997, p. 1157-1172.

THOMPSON, M. « Life after rape: A chance to speak? », *Sexual and Relationship Therapy*, vol. 15, n° 4, 2000, p. 325-343.

THOMPSON, M. P., KASLOW, N. J., SHORT, L. M. et WYCKOFF, S. « The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy-suicide attempts relation among African American abused women », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70, n° 4, 2002, p. 942-949.

TURNER, A. L. « Group treatment of trauma survivors following a fatal bus accident: Integrating theory and practice », *Group Dynamics*, vol. 4, n° 2, 2000, p. 139-149.

ULLMAN, S. E. « Social support and recovery from sexual assault: A review », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 4, n° 3, 1999, p. 343-358.

VAN DIJK, J. J. M., MAYHEW, P. et KILLIAS, M. *Experiences of crime across the world: Key findings of the 1989 International Crime Survey*, 2^e édition, Boston, Kluwer Law and Taxation Publishers, 1991.

WARSHAW, C. « Limitations of the medical model in the care of battered women », dans P. B. Bart et E. G. Moran (dir.), *Violence against women: The bloody footprints*, Newbury Park, Sage Publications, 1993, p. 134-146.

WEINRATH, M. « Violent victimization and fear of crime among Canadian Aboriginals », dans N. J. Pallone (dir.), *Race, ethnicity, sexual orientation: The realities and the myths*, New York, Haworth Press, 1999, p. 107-120.

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

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