

PREMIÈRE PARTIE

Les conférences

État de la situation et mesures préventives

POUR UN CHANGEMENT DE CULTURE

La violence et les traumatismes dans la vie des femmes qui ont été diagnostiquées avec un trouble sévère de santé mentale et les initiatives mises en place pour les aider en Colombie-Britannique

Marina Morrow

Marina Morrow travaille comme chercheuse au BC Centre of Excellence for Women's Health et pour le Center for Research in Women's Studies and Gender Relations de la University of British Columbia de Vancouver. Elle a reçu son doctorat de l'Ontario Institute for Studies in Education à l'Université de Toronto, en Community Psychology. Dre Morrow concentre ses recherches sur l'impact des réformes en santé mentale sur les femmes. Elle est l'auteure d'une variété d'articles et de rapports sur les femmes, sur les services en santé mentale et sur la politique sociale, dont Hearing Voices : Mental Health Care for Women et Trauma and Violence in the Lives of Women with Serious Mental Illness : Current Practices in Service Provision in British Columbia.

Introduction

L'étude dont je vous parlerai aujourd'hui est le fruit d'une variété de projets et d'initiatives entrepris au *British Columbia Centre of Excellence for Women's Health* (Centre d'excellence pour la santé des femmes de la Colombie-Britannique), un institut de recherche situé à l'hôpital pour femmes de la Colombie-Britannique à Vancouver. Nos recherches sont guidées par un groupe de discussion composé de praticiennes en santé mentale, d'administratrices, de chercheuses et de femmes ayant de l'expérience dans le système de santé mentale. Je parlerai de plusieurs projets, mais je m'attarderai sur un en particulier, appelé *Hearing Women's Voices* (Entendre les voix des femmes). Pendant ce projet, nous avons visité huit villes en Colombie-Britannique et parlé avec plus de 200 femmes qui ont eu des expériences dans le système psychiatrique et le système de santé mentale. Il n'est pas surprenant d'apprendre que plusieurs de ces femmes aient mentionné que la violence et les traumatismes ont joué un rôle significatif dans leur santé mentale ; or, leurs témoignages indiquent qu'elles ont été incapables de recevoir, du système de santé mentale et des services communautaires pour les femmes, le type de soutien et les services dont elles avaient besoin. De plus, plusieurs de ces femmes ont parlé de leur expérience de victimisation secondaire, mentionnant que les soins qu'elles ont reçus n'étaient pas nécessairement bénéfiques, et, dans certains cas, qu'ils avaient été néfastes. À partir de cette étude, nous avons mis sur pied un autre projet de recherche afin d'analyser plus en détail la situation en Colombie-Britannique, de déterminer quels genres de services et de soutien sont offerts aux femmes et d'établir s'ils leur étaient utiles. Le système de santé mentale n'est certainement pas uniforme à travers le Canada ; néanmoins, je crois que l'expérience de la Colombie-Britannique pourra être utile à la population du Québec et celle des autres provinces. Pour les habitants de la Colombie-Britannique, la question des ressources en santé mentale a pris de l'importance vu les importantes réformes et les réductions des subventions du gouvernement libéral dans les services sociaux, et en particulier dans les services d'assistance sociale et dans les services de santé mentale communautaires pour femmes. En effet, le gouvernement de la Colombie-Britannique a effectué les plus grosses coupures de l'histoire du Canada. Ces coupures incluent une réduction de 30% du budget du Ministère des ressources humaines, et des changements dans les seuils d'éligibilité.

Durant la dernière année, le gouvernement de la Colombie-Britannique a retranché plus d'un million et demi de dollars des services communautaires aux survivants/es de violence. Le gouvernement a aussi annoncé l'élimination des subventions des centres pour femmes, en plus du *British Columbia Mental Health Advocate*, qui avait le rôle crucial de recevoir les plaintes des utilisateurs/trices du système de santé mentale et de leur famille. Le gouvernement libéral a aussi effectué des réductions de subvention dramatiques à la Commission des Droits de la Colombie-Britannique et à l'aide légale. Nous

sommes très alarmés par les conséquences que ces coupures pourraient avoir, et nous savons qu'il sera de plus en plus difficile pour les femmes d'avoir accès aux services et au soutien dont elles ont besoin.

Effets de la violence sur la santé mentale

Je voudrais maintenant vous donner un aperçu de l'impact de la violence sur la vie des femmes. Lorsque l'on parle de traumatisme et de violence, nous parlons spécifiquement des abus intimes qui ont eu lieu dans la vie des femmes ; des abus physiques et sexuels, souvent accompagnés de violence verbale et psychologique, et qui ont souvent lieu dans un contexte de relation intime à long terme, bien qu'ils puissent aussi être perpétrés par des étrangers. Cette définition inclut les abus sexuels vécus dans l'enfance. Notre étude ne porte pas, par exemple, sur l'expérience des réfugiées politiques ou des survivantes de la torture. Je voudrais aussi mentionner que, de plus en plus, il est admis que les utilisateurs masculins du système de santé puissent aussi être des survivants d'abus physiques et sexuels vécus dans l'enfance. Malgré que cette étude mette l'accent sur les femmes, nous recommandons qu'il y ait plus de recherche faite sur les besoins particuliers des hommes survivants.

La violence envers les femmes a été identifiée comme une préoccupation sérieuse pour la santé des femmes, et nous voyons de plus en plus les recherches reconnaissant les impacts de la violence sur la vie des femmes diagnostiquées comme ayant des troubles de santé mentale. Une étude effectuée à l'hôpital psychiatrique Riverview en Colombie-Britannique a trouvé que 58 % des femmes interrogées avaient été abusées sexuellement dans leur jeunesse. La violence et l'abus ont des effets multiples. Ils peuvent être extrêmes, par exemple des blessures sérieuses ou la mort, mais peuvent aussi se manifester par divers problèmes de santé physique. La violence a aussi un impact sur la santé mentale, et une panoplie d'études ont documenté ce phénomène. Certaines de ces études ont établi un lien entre les traumatismes de l'enfance et les diagnostics de personnalités borderline, de dépression, de stress post-traumatique et de troubles dissociatifs de la personnalité. Deux chercheuses, Anderson et Chiochio, donnent une façon utile de comprendre la relation complexe entre les troubles de santé mentale et la violence. Ils identifient trois catégories de relation :

Les troubles de santé mentale précipités par l'abus

Dans cette situation, les abus physiques et sexuels sont à l'origine de symptômes qui peuvent interférer avec la vie d'une femme et avec sa capacité à fonctionner normalement. Dans ce scénario, les symptômes d'un traumatisme sont souvent confondus avec les symptômes d'un trouble de santé mentale grave et sont perçus comme chroniques. Le traumatisme peut ne pas être découvert et les femmes peuvent être redirigées à tort vers des traitements psychiatriques à long terme.

Les problèmes de santé mentale en tant que risque d'abus

Les femmes avec un diagnostic de troubles de santé mentale, à cause de leurs conditions de vie difficiles (pauvreté, itinérance) et, parfois, d'un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie, sont très vulnérables à la violence. De plus, il est possible que des médicaments utilisés pour traiter les problèmes de santé mentale augmentent la vulnérabilité d'une femme à la violence et peuvent réduire sa capacité à quitter un partenaire violent.

La victimisation secondaire

Les services de santé mentale peuvent involontairement faire surgir des sentiments d'impuissance et peut infliger à la personne une re-traumatisation. Dans la plupart des cas, ceci résulte des pratiques normales, qui incluent de la contention physique et chimique et l'utilisation des salles d'isolement, mais d'autres situations peuvent aussi causer de la victimisation secondaire. Par exemple, les horaires de sommeil peuvent avoir cet effet, car les femmes ayant été abusées dans leur enfance ont de la difficulté à dormir la nuit.

J'aime beaucoup cette citation d'Anderson et de Chiochio :

« La stigmatisation et l'impuissance sont au centre de l'expérience traumatique et de l'hospitalisation psychiatrique. La trahison et la sexualisation traumatique sont à la base des dynamiques d'abus qui peuvent être revécues au cours de certains traitements. Les personnes administrant le traitement, même en voulant véritablement aider l'individu traité, peuvent remettre en marche d'anciennes dynamiques d'abus. » (Anderson et Chiochio, 1997:32)

Je crois que le stigma associé aux problèmes de santé mentale et la réticence sociale à reconnaître la violence intime ont rendu le débat sur le rôle de la violence dans la santé mentale très passionné et très émotif. Historiquement, nous avons vu des intellectuels, psychiatres et professionnels légaux développer des façons très sophistiquées de ne pas tenir compte de l'expérience et des témoignages des femmes ayant vécu la violence. Souvent, en témoignant, ces femmes se sont fait dire qu'elles étaient inaptes mentalement. Toutefois, à travers les écrits de survivantes de la psychiatrie et de féministes, les études sur les traumatismes gagnent en crédibilité dans les domaines de la psychologie et de la psychiatrie. La violence envers les femmes commence à être vue comme un problème sérieux de santé mentale.

L'état du système de santé mentale

Je voudrais maintenant vous présenter l'étude que nous avons conduite. Notre recherche a été élaborée afin d'étudier et de documenter les pratiques dans cinq environnements de soins différents dans deux régions de la Colombie-Britannique (Vancouver/Richmond et la Capital Health Region) quant à la dispensation de services aux femmes qui ont des problèmes de santé mentale chroniques et persistants et qui sont des survivantes de la violence. De plus, des sondages ont été utilisés pour amasser de l'information sur la programmation dans toutes les régions de santé de la Colombie Britannique. Nous avons étudié quatre environnements : les patientes à l'hôpital et à l'extérieur de l'hôpital suivies par des médecins, les refuges d'urgence, les groupes de soutien par les pairs et les services communautaires pour les femmes. Ce projet a été dirigé par le British Columbia Centre of Excellence for Women's Health et a été financé par le Ministère de la Santé de la Colombie Britannique. Trois thèmes sont ressortis de notre étude sur les pratiques actuelles dans le système de santé mentale.

Le traitement est motivé par le diagnostic

Il y a des différences significatives dans l'approche-client selon le type de service de santé mentale dans lequel les travailleurs évoluent. Dans certains environnements, l'approche principale nuit à l'identification de l'historique de traumatismes d'une personne. Par exemple, le traitement principal, particulièrement à l'hôpital, est l'identification, la stabilisation et la gestion des symptômes par l'utilisation de drogues psychotropes. La violence et les traumatismes ont des effets sur les femmes indépendamment de leurs diagnostics. Or, dans le système, on remarque qu'une idée fautive et répandue suggère que les expériences de violence et de traumatismes produisent des symptômes qui ne correspondent qu'aux diagnostics de l'Axe II. Ceci veut dire que les femmes qui ont des diagnostics de l'Axe I ne sont pas interrogées à propos de leur historique de violence et de traumatismes et n'ont pas accès au soutien et aux traitements qui concernent spécifiquement l'impact de la violence sur la santé mentale.

Les travailleurs et travailleuses évoluant dans un environnement hospitalier et, à moindre raison, ceux et celles travaillant dans une équipe communautaire, ont décrit les traitements comme étant motivés par des décisions politiques qui redirigent la plupart des ressources du système vers les individus ayant des problèmes graves de santé mentale. Malgré que le plan de santé de la Colombie-Britannique stipule que les problèmes graves de santé mentale devraient être déterminés en fonction des handicaps fonctionnels, ils sont actuellement déterminés par les diagnostics, c'est-à-dire que les hôpitaux, les institutions psychiatriques et les équipes communautaires de santé mentale ont le mandat de travailler principalement avec les gens qui ont des diagnostics de l'Axe I (par exemple, schizophrénie, dépression, troubles de l'humeur). Malgré qu'il y ait certaines exceptions, particulièrement chez les équipes communautaires de santé mentale, en général les répondants avaient l'impression qu'ils ou elles n'offraient pas un traitement adéquat pour les femmes avec des diagnostics de l'Axe II, comme les personnalités borderline, les troubles dissociatifs de l'identité, les troubles de l'alimentation et le stress post-traumatique. Les participants du groupe de discussion ont admis que le groupe de clients le plus démuné de services était les femmes avec des diagnostics de personnalité borderline. Ceci n'était pas seulement lié aux mandats, mais reflétait plutôt l'opinion répandue selon laquelle travailler avec les comportements qui accompagnent ce trouble est si difficile que ce groupe de clients était souvent considéré comme intraitable ; il était ainsi plus stigmatisé que tous les autres.

Réticence à parler de l'abus

Malgré que tous les dispensateurs de services dans le groupe de discussion n'identifient pas avec la même efficacité les femmes ayant des historiques de traumatismes et de violence, la majorité a reconnu l'importance de la violence dans la vie de leurs clientes. Les dispensateurs qui avaient le plus de risque de ne pas reconnaître ce type d'historique étaient ceux travaillant dans un environnement hospitalier. Ceci était dû en partie aux différentes fonctions des services. Les gens

travaillant dans un environnement hospitalier voyaient leur rôle comme servant à évaluer et à stabiliser. Dans cet environnement, les dispensateurs avaient souvent l'impression qu'il était inapproprié et même anti-thérapeutique de scruter l'historique de leurs patientes.

Deux éléments sont significatifs : le premier est l'idée répandue que le traumatisme doit être traité indépendamment du trouble grave de santé mentale, et le second est la reconnaissance par plusieurs travailleurs et travailleuses du fait que sans des programmes spécifiques et du soutien pour les femmes, il est impossible d'aborder les historiques de traumatismes.

Inexistence de l'analyse comparative entre les sexes

Finalement, dans le système médical, l'analyse comparative entre sexes n'est pas encore répandue. Par exemple, dans le système de santé mentale de la Colombie-Britannique, il y a très peu de programmes destinés spécifiquement aux femmes pour traiter des problèmes de violence et de traumatismes ; de plus, les différences entre les sexes ne sont pas encore vues ou reconnues comme des déterminants sociaux importants de la santé mentale.

Nous avons aussi demandé à des praticiennes de parler des barrières qu'ils rencontrent dans leur travail, barrières qui les empêchent de donner un soutien adéquat aux femmes survivantes de la violence. Cinq thèmes-clés ont été notés :

- Le premier est l'angle fortement biomédical du système. Les praticiennes ont mentionné que les traitements directs continuent d'être fortement axés sur la psychiatrie, ce qui veut dire qu'il y a très peu d'options offertes aux femmes en dehors des médicaments. Il est encore très difficile d'obtenir le type de soutien que nous savons meilleur pour les femmes dans ces situations, comme le counselling à long-terme, le soutien par les pairs ou les programmes pour femmes seulement.
- Les praticiennes ont mentionné les problèmes de stigmatisation et de discrimination. La discrimination empêche les praticiens de reconnaître la gravité de l'abus et sert à discréditer les témoignages des femmes avec diagnostics de troubles de santé mentale qui divulguent des expériences de violence.
- Le troisième point, certainement central, est le manque d'opportunités de formation. Nous savons qu'il y a de l'expertise dans ce domaine, qu'il existe des livres de formation, et qu'il y a beaucoup de bon travail accompli au Canada, aux États-Unis et en Australie sur les traitements offerts aux femmes avec historiques d'abus. Néanmoins, la plupart des praticiennes en santé mentale que nous avons interrogés ont mentionné qu'ils avaient eu très peu d'opportunités, que ce soit à l'école ou dans leur vie professionnelle, d'acquérir ces compétences.
- Finalement, les ressources limitées sont des barrières à un traitement adéquat. Le diagnostic détermine le type de traitement auquel une personne a droit. De plus, même dans les milieux où des services spécialisés sont disponibles (par exemple à Vancouver, *Peggy's House* est une maison spécialisée de transition pour femmes avec diagnostics de troubles de santé mentale graves), les diagnostics limitent la durée du séjour ou limitent l'accès à certains services pour les femmes qui consomment de l'alcool ou de la drogue. Avec des ressources limitées, les organisations qui donnent des services doivent prendre des décisions non pas basées sur les besoins de l'individu venu chercher de l'aide, mais basées sur le nombre de clients qu'ils ont, sur la disponibilité des lits dans l'hôpital, et sur la disponibilité d'un praticien pour travailler avec l'individu. Finalement, même si nous croyons que le meilleur environnement d'aide se trouve au sein d'organisations pour femmes existantes (maisons de transitions, centres pour femmes, centres d'aides pour femmes victimes de viol), ces ressources vivent beaucoup de stress et sont surmenées, et plusieurs des travailleurs/euses que nous avons interviewés avaient l'impression qu'ils n'avaient pas les compétences pour travailler avec des femmes sous médication psychiatrique.

Conclusion

À partir de ces différents points, nous en sommes venus à une conclusion que j'appelle *better practices* (pratiques meilleures)¹.

- Nous devons nous détacher d'un modèle biomédical au profit d'un modèle biopsychosocial. Les dispensateurs de services ont décrit cette idée en disant que l'on doit traiter la personne, pas le diagnostic psychiatrique.
- Il est impératif qu'il y ait des services spécialisés pour travailler avec les femmes avec diagnostics de troubles de santé mentale, et que les questions de la violence et des traumatismes soient discutés. De plus, un plus grand

¹ Marina Morrow utilise le terme *better practice* (meilleures pratiques) par opposition au terme *best practices* (les meilleures pratiques), plus utilisé dans la littérature. En effet, Dre. Morrow explique qu'elle ne croit pas qu'avec l'état actuel de nos connaissances nous pouvons parler de *best practices*.

nombre de groupes de soutien pour femmes devraient être disponibles. Dans plusieurs provinces, les services de soutien par les pairs manquent de ressources et de financement ; en outre, nous n'avons trouvé que très peu de services spécialisés pour femmes, et ceci, en dépit du fait que plusieurs femmes demandent des services spécifiquement pour elles afin de se rétablir après des expériences de violence ou de traumatismes.

- Nous devons soutenir les services communautaires pour femmes existants et donner de la formation afin de s'assurer que les travailleurs et travailleuses soient capable de travailler avec des diagnostics de troubles de santé mentale.
- Finalement, les nouvelles initiatives en santé mentale devraient tenir compte du sexe de l'individu venant chercher des services, ce qui veut dire que nous devons étudier les différentes façons dont la violence affecte la vie des femmes et celle des hommes.

En conclusion, je voudrais souligner certains points. Je crois qu'il y a quatre éléments à retenir lorsque nous travaillons dans ce domaine. Premièrement, et ce qui est primordial, nous devons aller chercher la participation (importante) des femmes survivantes de la violence lors du développement de programmes et de nouvelles initiatives. Il faut aussi développer des modèles de coopération dans des comités rassemblant des femmes survivantes du système psychiatriques et des praticiennes en santé mentale, des chercheuses ou des travailleuses en santé mentale. Finalement, nous devons constamment remettre en question les politiques gouvernementales et les coupures qui peuvent ébranler l'égalité des femmes et qui peuvent empêcher les femmes d'avoir accès aux services auxquels elles ont droit.

Bibliographie

Anderson, C., & Chiochio, K. "The Interface of Homelessness, Addictions and Mental Illness in the Lives of Trauma Survivors" in M. Harris & C. Landis (Éd.), *Sexual Abuse in the Lives of Women Diagnosed with Serious Mental Illness*, 1997.

Harris, M. L., C (Ed.). *Sexual Abuse in the Lives of Women Diagnosed with Serious Mental Illness*. Amsterdam, Overseas Publishers Association, 1997.

Morrow, M. with M. Chappell. *Hearing Women's voices: Mental health care for women*. Vancouver, The British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 1999.

*Pour plus d'information concernant les coupures budgétaires et les nouvelles politiques en Colombie-Britannique, consultez ce site Web: www.bcifv.org

PERDUES DANS LE DIAGNOSTIC!

Les survivantes de l'inceste dans le milieu psychiatrique

Kathleen Whipp, psychothérapeute et consultante, Vancouver, Colombie-Britannique

Kathleen Whipp travaille comme consultante à Delta, près de Vancouver. Sa thèse de maîtrise est à la source de plusieurs formations destinées aux professionnels de la santé mentale travaillant avec les survivantes d'abus. Ces formations parlent, entre autres, de la sécurité des patientes traumatisées à l'hôpital et des besoins des survivantes d'inceste et d'autres traumatismes en milieu psychiatrique.

Introduction

Je suis moi-même une survivante de traumatismes. Mes deux parents étaient alcooliques et j'ai vécu beaucoup d'abus ; j'ai eu l'impression de grandir dans une maison hantée. Je suis retournée à l'école en 1985, et, voulant devenir une bonne thérapeute, j'ai décidé d'acquérir mon éducation pratique à l'hôpital général d'Ottawa. Je n'avais aucune idée de tout ce que j'allais découvrir. J'ai commencé cette expérience avec l'idée directrice que toutes nos émotions étaient justifiées ; j'ai donc été bouleversée d'apprendre que les femmes et les hommes que j'aidais à l'hôpital général d'Ottawa parlaient d'abus sexuel et que personne ne les écoutait. Je n'oublierai jamais la situation d'une femme en particulier : elle avait plusieurs diagnostics, plusieurs médicaments à prendre et elle était considérée comme irrécupérable. En entendant l'histoire qu'elle révélait peu à peu à son thérapeute, il m'apparaissait qu'elle avait souffert d'abus sexuel pendant son enfance. Finalement, j'en ai parlé en réunion : on m'a regardé comme si j'étais folle. J'ai réalisé à ce moment que je devais faire quelque chose pour faire connaître ce problème. L'objet de ma conférence sera l'étude que j'ai effectuée pendant ma maîtrise universitaire, en 1986¹. J'ai mis l'accent sur l'abus sexuel à l'enfance, mais je dois préciser que toutes les formes de violence et de traumatisme sont influentes dans nos vies. Je parlerai donc aussi de plusieurs formes de violence, dont la violence émotive, qui peut avoir une forme très insidieuse.

L'ensemble de la littérature mentionne que de 57 % à 92 % des femmes psychiatisées avec troubles de santé mentale graves relatent des expériences d'abus physique ou sexuels à l'enfance². De plus, une étude a été effectuée il y a quelques années à l'hôpital Riverview, en Colombie-Britannique³. Dans cette étude, nous avons interviewé des hommes et des femmes à propos de leurs expériences d'abus sexuel. À titre d'exemple de nos résultats, 58 % des femmes à cet hôpital ont révélé soit à un membre du personnel ou durant le sondage une expérience d'abus sexuel vécue avant l'âge de 17 ans. Et ces pourcentages ne s'appliquent seulement qu'aux femmes qui ont décidé de parler des abus vécus ! Selon mon expérience et l'expérience de plusieurs femmes avec qui j'ai travaillé lorsque j'étais conseillère au Centre de support pour les agressions sexuelles d'Ottawa, plusieurs femmes ne réalisent pas ce qu'il leur est arrivé et, malheureusement, choisissent d'oublier l'événement afin de pouvoir survivre. Ces statistiques ne sont donc pour moi que la pointe de l'iceberg. Néanmoins, je n'affirme pas que la totalité des gens avec des troubles de santé mentale graves soit des survivants d'abus sexuel ; d'autres facteurs, comme le racisme, le sexisme ou l'homophobie peuvent affecter profondément notre santé mentale.

¹ Whipp, K. (1991) "Lost in the Diagnosis: Incest Survivors in Psychiatry", MSW thesis, Carleton University, Ottawa.

² Goodman et al (1997) "Physical and Sexual Assault History in Women with Serious Mental Illness: Prevalence, Correlates, Treatment, and Future Research Directions", *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 23, No. 4.

³ Fisher, P. (1996) *Trauma Group (Responding to Sexual and Physical Abuse) Project Plan*, Riverview Hospital.

Perdues dans le diagnostic

Je vais vous parler plus en détail de mon projet intitulé « Perdues dans le diagnostic ». J'ai interviewé dix femmes d'Ottawa, toutes des femmes exceptionnelles, survivantes d'abus, mais qui se portent maintenant très bien. Elles ont été utilisatrices du système psychiatrique pendant plusieurs années. Je leur ai demandé de me raconter leurs péripéties dans le système de santé mentale ; ce qu'elles cherchaient lorsqu'elles sont allées à l'hôpital ; ce dont elles avaient besoin, et ce qui leur est arrivé. Dans leurs mots, ces dix femmes m'ont raconté pendant trois ou quatre heures leurs histoires, riches et puissantes. Ces dix femmes avaient toutes des expériences communes, et de leurs histoires se sont dégagés de grands thèmes récurrents. Finalement, j'ai demandé à ces femmes de me dire, avec le recul, ce dont elles auraient vraiment eu besoin. Il était dans mes critères que ces femmes aient été sous médication et aient été hospitalisées, afin qu'elles puissent parler de ce que le système de santé mentale offre en tant que traitement. Je voulais aussi que ces femmes aient participé, à un moment dans leur vie, à des groupes de discussion et aient eu du counseling féministe ; ceci permet aux femmes de voir que les symptômes qu'elles éprouvent sont reliés au traumatisme qu'elles ont vécu, et leur permet ainsi de retrouver leur vie normale. Certaines de ces femmes étaient des leaders dans leur communauté d'Ottawa et il était très touchant d'entendre leur histoire.

Quand, à 19 ans, j'ai vécu une dépression, j'ai été très chanceuse : je n'ai pas dû aller à l'hôpital. Mais cela était seulement dû à la chance : une amie à moi m'a accueilli dans sa famille et, pendant un mois, j'ai pleuré sans relâche. Ils m'ont nourri et m'ont laissé m'asseoir dans la cour, avec la nature. Sans cette famille, je ne serais peut-être pas ici maintenant ; j'aurais été à l'hôpital et ma guérison aurait été beaucoup plus difficile. J'offre donc ici ma solidarité à toutes celles qui cherchent de l'aide.

La dynamique du traumatisme

Pourquoi y a-t-il tant d'hommes et de femmes survivants/es de la violence dans le système de santé mentale ? Riekier et Carmen, deux chercheuses féministes, écrivirent en 1986 un essai appelé *The Victim-to-Patient Process*⁴. Cet essai décrivait ce qui arrive aux gens hospitalisés pour qu'ils commencent à se sentir véritablement fous. Il s'avère qu'afin de se sentir accepté dans la communauté ou dans leur famille, plusieurs victimes de traumatismes sévères doivent s'adapter au jugement des autres. Pour cela, il faut en premier nier l'existence de l'abus et refouler les réactions émotives face à l'abus. Deuxièmement, il faut changer la signification de l'abus et se dire que c'est notre faute ; souvent, les victimes ont l'impression que si ce n'est pas leur faute, elles ne peuvent pas le contrôler. En plus de ceci, les auteurs des abus reportent souvent la faute sur la victime. Au terme d'un tel processus, la victime commence à se sentir folle et commence à douter de ses propres perceptions. Malheureusement, dans le système de santé mentale, qui, comme la société, nie l'abus et les traumatismes, les travailleurs ont tendance à discréditer les survivants/es d'abus, à penser que ces personnes éprouvent de la colère inappropriée et qu'elles délirent. À la fin du processus, la personne se retrouve dans la même situation qu'à la maison, mais dans un environnement qui est supposé les aider.

La dynamique du traumatisme a été conceptualisée par Finklehore et ses collègues en étudiant l'inceste. Les caractéristiques reliées au traumatisme sont le sentiment d'impuissance, de trahison, la honte et la sexualisation traumatique qui rend tout acte sexuel horrible et terrifiant. Finklehore a aussi étudié l'objectification qui fait que les survivantes d'abus sexuel voient l'acte sexuel comme la seule façon d'être aimée, ce qui a un impact majeur sur leur sexualité. J'ai ajouté à cela la transgression des limites personnelles auxquelles il faut faire extrêmement attention pour éviter la victimisation secondaire.

Pour un enfant dont la famille est impliquée dans de l'abus, le seul monde connu est un monde d'abuseurs. Cet enfant a donc le fantasme d'être secouru ; c'est tout ce que vous connaissez. Lorsque cette personne va enfin chercher de l'aide, elle cherche encore quelqu'un qui le secourra. Cependant, être secouru en tant qu'adulte peut avoir deux effets. La personne qui va au secours d'une autre peut lui offrir son support, mais, d'un autre côté, si cette personne offre son aide sans voir les forces de la personne secourue, cette dernière peut se sentir impuissante et ne guérit pas de façon à entendre sa propre voix. Le secours présente donc toujours le danger de rendre la personne secourue dépendante, et beaucoup d'entre nous qui exprimons de la compassion et de la sympathie créent une situation de dépendance qui limite la guérison.

⁴ *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 360-370.

Le secours a créé des problèmes réels chez les femmes de mon étude. Trop souvent, les stratégies d'adaptation, que les femmes développent pour survivre et qui devraient être admirées, sont vues comme des faiblesses et sont diagnostiquées comme des pathologies ; ceci est une forme puissante de victimisation secondaire.

L'hôpital et certains psychiatres ont recréé d'autres dynamiques du traumatisme, telles que la trahison. Il est important de mentionner que six des dix femmes que j'ai interviewées ont été abusées sexuellement par des membres du personnel médical – la plupart par leur docteur, certaines par des préposés. Les docteurs qui sont des prédateurs sexuels vont rechercher des victimes d'abus sexuel à cause de la réaction de paralysie que ces dernières vont avoir face à une nouvelle agression. Ces victimes doutent de leur perception et sont donc plus vulnérables aux agressions. Bien que les docteurs qui abusent de leur patiente soient une minorité au sein de la communauté médicale, ils font du mal à plusieurs femmes qui cherchent de l'aide. Il y a beaucoup plus de femmes agressées à l'hôpital à l'âge adulte que d'hommes ; c'est une différence notable entre les sexes.

Ce que les femmes veulent

Je veux partager brièvement avec vous ce que les femmes que j'ai interviewées en 1986 ont répondu lorsque que je leur ai demandé ce dont elles auraient eu besoin comme traitement. Il y a eu, depuis, beaucoup de travaux intéressants publiés sur ce sujet et qui rappellent ce que ces femmes avaient à dire.

- Elles ont réclamé qu'on les aide à comprendre leur souffrance et qu'on donne de l'importance à leurs sentiments.
- Elles ont réclamé qu'on les voie comme des personnes à part entière et qu'on encourage leurs rêves. Une des femmes que j'ai interviewées a dit qu'à l'urgence psychiatrique, après une surdose presque fatale, une intervenante en agression sexuelle est venue et lui a demandé de lui parler de ses rêves. Au début, la femme pensait que l'intervenante était insensée ; après tout, elle venait presque de mourir ! Or plus tard, la femme réalisa que l'intervenante avait cru qu'elle pouvait avoir des rêves. Ce fut une action très significative pour elle.
- Les femmes ont mentionné qu'elles ont besoin d'avoir le contrôle sur leur propre vie et sur leur processus de guérison, car elles sont évidemment les expertes sur leur propre processus de guérison. Une des femmes m'a dit : « Peu importe l'état dans lequel nous sommes, j'ai la conviction que nous savons comment nous aider et quelle partie de nous, il faut traiter. » Le processus de guérison doit donc devenir un processus conjoint, une collaboration entre le thérapeute et la survivante, ou entre la survivante et l'intervenant, pour déterminer ce que sera le prochain pas dans la direction que la survivante veut prendre.
- Toutes les femmes survivantes d'abus ont mentionné qu'elles ont besoin d'intimité personnelle et physique. Très souvent, cette intimité n'est pas respectée dans le système de santé mentale en dépit du fait qu'il est impératif de respecter l'intimité des survivantes d'abus sexuel. En outre, les femmes interviewées désirent que le personnel hospitalier ne serre pas les survivantes dans leurs bras et qu'il ne le suggère pas. Au lieu de cela, le personnel hospitalier devrait signifier à la survivante que si elles ont besoin d'une étreinte, elles peuvent le demander.
- Les femmes ont réclamé l'acquisition de compétences pratiques. Plusieurs compétences de bases ne sont pas acquises lors d'une enfance marquée par un traumatisme ; de plus, les femmes ne savent pas comment gérer les effets du traumatisme, comme les émotions intenses enfouies dans le corps, comment gérer le stress, comment parler aux gens, ou comment entretenir une amitié saine. Or, toutes ces compétences peuvent être acquises. Lorsque l'on travaille avec des survivantes d'abus, il est important de faire du système de santé un environnement de sécurité pour ces survivantes. Le personnel en psychiatrie est souvent craintif d'aborder le sujet du traumatisme de peur que la personne ne régresse. Or, si l'on est certain que la sécurité de la patiente est établie, ces craintes ne sont plus justifiées. Cependant, pour la plupart des survivantes, il faut travailler pendant plusieurs années afin de créer un environnement sécuritaire et acquérir les compétences requises pour demeurer en sécurité. C'est une part importante de l'apprentissage après un traumatisme.
- Les survivantes ont besoin de groupes comme le Collectif de défense des droits, qui peuvent les aider à négocier avec le système.
- Les femmes ont aussi mentionné la difficulté à trouver un bon thérapeute. Les qualités qu'elles recherchent sont l'honnêteté, la volonté de travailler sur leurs problèmes spécifiques, la capacité à déclarer leurs limites avec la survivante (car lorsque l'on grandit sans limites, on ne sait pas toujours ce qui est admissible et ce qui ne l'est pas ; ainsi, il faut que le thérapeute communique ses limites), une écoute tolérante, bienveillante, de la constance, de la patience et de la confiance. Je sais d'expérience qu'il est difficile d'être une bonne thérapeute, mais si la thérapie est centrée sur les forces de la survivante, elle devient plus facile parce que le thérapeute sait que la survivante va guérir. Finalement, il faut idéalement que le thérapeute puisse apprendre de la survivante.

- Les femmes que j'ai interviewées ont dit que l'hôpital n'était pas le meilleur environnement pour la guérison. En fait, une des femmes a mentionné qu'elle avait subi une régression lorsque le docteur avait tenté de l'entraîner vers le stade du souvenir et du deuil avant qu'elle n'éprouve un quelconque sentiment de sécurité dans sa vie. La femme interviewée a déclaré : « c'était le pire épisode de ma vie. S'il avait continué à faire ce qu'il faisait, je serais morte. Il me poussait à retourner en arrière, à régresser le plus possible. Or, seulement parler de mon passé et me le rappeler m'apportait un sentiment d'animosité – une personne a ses limites. Les tentatives de suicide se répétaient. Il y avait trop de souvenirs qui revenaient, trop rapidement. » Nous voyons que le stade de sécurité est vraiment crucial. Il faut travailler sur des bouts de souvenirs que l'on peut gérer pour qu'ainsi la survivante soit capable, avec l'aide de son ou sa thérapeute, de gérer ses émotions. Or les femmes avaient souvent besoin d'un endroit sécuritaire pour les empêcher de se suicider, et sans une maison communautaire, l'hôpital est le seul endroit restant.
- Les femmes ont demandé de minimiser la médication, car elle peut retrancher la personne de ses émotions et rendre difficile l'accès à sa sagesse personnelle et à ses besoins. Toutes les femmes que j'ai interviewées recherchaient des alternatives à la médication. Quelques-unes trouvaient que la médication aidait à dormir, par exemple durant certains épisodes. Encore une fois, la médication devrait être un processus de co-exploration entre le thérapeute et la survivante, permettant à cette dernière de gérer sa vie tout en lui permettant d'accéder à elle-même suffisamment pour être capable d'effectuer la guérison.

Conclusion

Je voudrais conclure en quelques mots. Aux États-Unis, l'Association des directeurs de programmes de santé mentale a effectué une consultation avec des survivants de traumatismes et avec des thérapeutes en 1998⁵, et ont développé le slogan «sécurité, droit au chapitre, et choix» (*safety, voice and choice*) pour décrire la façon dont les travailleurs dans la santé mentale devraient supporter les survivantes. Je crois que c'est une façon exceptionnelle de capturer nos lignes de conduite en seulement quelques mots. Sécurité, droit au chapitre, et choix.

Bibliographie

Whipp, K. "Lost in the Diagnosis: Incest Survivors in Psychiatry" (thèse de maîtrise). Carleton University, Ottawa, 1991.

Goodman et al. "Physical and Sexual Assault History in Women with Serious Mental Illness: Prevalence, Correlates, Treatment, and Future Research Directions". *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 23, No. 4. 1997.

Fisher, P. *Trauma Group (Responding to Sexual and Physical Abuse) Project Plan*. Riverview Hospital, 1996.

American Journal of Orthopsychiatry, 56.

National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD). "Responding to the Behavioural Healthcare Issues of Persons with Histories of Physical and Sexual Abuse: National Trauma Experts Meeting, Final Report", Alexandria VA, National Technical Assistance Centre for State Mental Health Planning (NTAC), 1998.

⁵ National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) (1998), "Responding to the Behavioural Healthcare Issues of Persons with Histories of Physical and Sexual Abuse: National Trauma Experts Meeting, Final Report", Alexandria VA: National Technical Assistance Centre for State Mental Health Planning (NTAC), ph. (703) 739-9333.

L'EXPÉRIENCE !

L'expérience de l'hospitalisation et de la contention chez les femmes ayant un historique d'abus sexuel dans leur enfance

Pamela Khan

Pamela Khan est infirmière depuis 1967 et détient une maîtrise en Nursing de l'Université McGill. Elle enseigne le Nursing à l'Université de Toronto et a pratiqué à Montréal et au Clark Institute of Psychiatry / Centre for Addiction and Mental Health de Toronto. Elle a fait partie de l'équipe de chercheuses de l'étude « The Experience of Restraint and Forced Medication in Psychiatric Settings for Women with Histories of Childhood Sexual Abuse » (Les expériences de contention et de médication forcée en milieu psychiatrique chez les femmes ayant un historique d'abus sexuel à l'enfance). Mme Ruth Gallop, chercheuse Ph. D. et professeure à la Faculté de Nursing de l'Université de Toronto, est la principale investigatrice de cette étude.

Introduction

Je parlerai aujourd'hui de l'expérience d'hospitalisation et de contention chez les femmes survivantes d'abus sexuel à l'enfance. Encore une fois, je m'excuse auprès des hommes présents dans l'audience : nous savons évidemment que ces réalités sont aussi un problème majeur pour les hommes survivants d'abus sexuel, mais il semblerait que c'est un domaine très peu étudié.

En milieu psychiatrique, plusieurs femmes parlent de leur historique de traumatismes sexuels à l'enfance, en particulier d'abus sexuel. La fréquence des abus sexuels dans des échantillons cliniques de patientes varie de 13 % à 70 %. Plusieurs études ont été conduites et l'étendue des résultats obtenus est très large. Je crois que cela tient au fait que les femmes sont hésitantes à parler de l'abus sexuel, ou ne reconnaissent pas toujours leurs expériences comme des expériences d'abus. Des études ont démontré que les abus sexuels à l'enfance sont associés à plusieurs troubles spécifiques, dont les troubles de personnalités multiples, les personnalités borderline et la dépression. Les femmes avec ces troubles ont plus de risques d'être hospitalisées que les hommes. Les troubles de personnalités multiples et de personnalités borderline sont associés avec des comportements d'agression envers soi-même et des comportements impulsifs. Pour contrôler ces comportements, le personnel hospitalier peut intervenir en utilisant la contention, l'isolement ou la médication forcée (ce qu'on pourrait appeler la contention chimique.) Plusieurs auteurs ont décrit le risque de victimisation secondaire dans l'expérience d'hospitalisation en psychiatrie pour les survivantes d'abus.

L'abus sexuel chez les enfants est conceptualisé comme un abus de pouvoir fondamental, une trahison et une situation qui laisse l'enfant impuissant. Plusieurs femmes qui ont survécu à des abus sexuels à l'enfance développent, à des degrés variés, une difficulté à croire que le monde est sans danger, que les gens sont dignes de confiance, et qu'elles-mêmes peuvent être aimées. Certains auteurs ont suggéré que l'expérience d'hospitalisation psychiatrique, conçue idéalement pour aider le client, représente en fait un traumatisme additionnel. La littérature scientifique est remplie de références aux problèmes légaux, thérapeutiques et éthiques qui entourent la contention en institution psychiatrique. Toutefois, en Amérique du Nord, la contention physique et la contention chimique sont encore vues comme des moyens valables de contrôler le comportement d'un patient, et ainsi assurer la sécurité du patient et du personnel.

L'expérience dans le système de santé mentale

J'ai décidé, en accord avec quelques collègues, de comprendre l'expérience de femmes ayant un historique d'abus sexuel et qui ont vécu de la contention ou de la contention chimique à l'hôpital. L'étude était avant tout qualitative et dix femmes avec précédents d'abus sexuel à l'enfance ont accepté de participer à l'étude. Elles avaient toutes été hospitalisées dans

une institution psychiatrique au cours des cinq dernières années, et aucune d'entre elles n'était à l'hôpital lorsque l'étude a été conduite. Les femmes ont été interviewées dans un bureau privé ou à la maison. Pour certaines d'entre elles, la distance était un problème ; pour d'autres, sortir de la maison pour venir à notre bureau était problématique. Nous sommes donc allées chez elles. Nous avons interviewé les femmes et avons enregistré les conversations avec chaque femme afin de comprendre leur point de vue et leur expérience. Nous leur avons demandé de décrire ce qui s'était passé, en particulier les événements qui ont conduit à la contention, ainsi que d'autres problèmes qui décrivaient leurs expériences. Les entrevues ont été révisées et analysées par les chercheurs. Les résultats ont été divisés en deux grandes catégories : les expériences de contention et les expériences d'hospitalisation. Les témoignages dans chaque catégorie ont ensuite été analysés pour en faire ressortir des grands thèmes.

Parlons premièrement des événements qui ont conduit à la contention. Six femmes ont déclaré que des comportements autodestructeurs sont la raison pour laquelle elles ont été mises en contention. Aucune des femmes n'a mentionné des procédures entreprises avant la contention sauf une, qui a déclaré qu'elle était en observation constante avant l'incident. Une des femmes explique :

« Je venais de recevoir une lettre de rupture. J'étais bouleversée. J'ai commencé à me frapper la tête sur des objets et à me frapper la tête avec ma main. Soudainement, cinq ou six personnes m'ont entourée. Elles m'ont soulevée et transportée, mon visage tourné vers le plancher. »

Ici, un événement déclencheur est arrivé et la contention a été la seule réponse. Une autre femme a dit :

« J'éprouvais énormément de souffrance à l'intérieur. Je me suis réveillée un jour si désespérée que j'ai commencé à me heurter la tête sur le mur. En me cognant la tête, j'atténuais un peu ma douleur interne. J'étais en observation constante l'après-midi et une personne que je connaissais m'a abordée et m'a dit : « arrête ». Alors, je suis sortie du lit, j'ai couru dans le corridor et j'ai commencé à me frapper la tête sur le mur au bout de ce corridor. Le docteur a hurlé : « lève-toi ! » J'ai couru à ma chambre et il a dit que j'irais en contention. Le changement de quart de travail ce jour-là m'avait rendue frénétique. »

Remarquons que même le va-et-vient des employés et l'activité de l'unité psychiatrique peuvent influencer les patients. Pour cette femme, c'était trop de stimuli. Dans un autre cas, l'une des femmes interviewées s'est fait lancer du café au visage par un autre patient. Elle a riposté en lançant un appareil radio, ce qui a décidé le personnel hospitalier à l'envoyer en contention. Elle a lutté avec les membres du personnel. Elle raconte :

« Quatre employés, tous de sexe masculin, mesurant tous environ six pieds sont arrivés. J'ai donné des coups de pieds et j'ai crié. Je leur ai donné des coups de pieds dans les tibias, mais ils m'ont jetée sur le lit, en contention, et m'ont injectée une drogue. »

Une autre femme a été en contention après qu'elle soit allée à l'urgence psychiatrique sous les conseils de son médecin de famille. Le docteur en service a cru qu'elle était trop agitée pour quitter et a ordonné qu'on la mette en contention et qu'on lui administre des médicaments. Un des éléments qui ressort de ces témoignages est qu'aucune intervention alternative n'a été tentée avant la contention. Ces femmes voulaient avant tout parler de leur expérience et je comprends pourquoi elles voulaient être écoutées. Notre appréciation de leur expérience était cruciale.

L'analyse des témoignages des dix femmes a révélé que trois sentiments revenaient souvent dans leur expérience : ne pas être crue, ne pas être entendue et ne pas être traitée avec humanité.

Ne pas être crue

Les femmes ont déclaré que leur passé d'abus sexuel avait été écarté. « Ils croyaient que je l'avais inventé, » déclare une femme. Du point de vue des participantes, discuter de l'abus sexuel était décourageant. « Nous ne pouvions jamais en discuter à l'hôpital, et les membres du personnel disaient que nous nous comportions comme nous le faisons pour recevoir de l'attention. » Une participante a parlé de deux infirmières qui ont tenté de l'aider :

« Elles m'ont aidé un peu. Elles s'occupaient de moi. Mais nous ne pouvions pas parler à personne d'abus sexuels. Lors de groupes de discussion, on ne nous permettait pas de mentionner que nous avions été abusées sexuellement, de peur que cela dérange les autres patientes. »

Je crois qu'il est acceptable de travailler avec des groupes incluant des personnes ayant un historique d'abus et d'autres n'ayant jamais vécu d'abus. Toutefois, il est encore plus important qu'il y ait quelqu'un qui travaille avec le groupe, quelqu'un qui connaît le sujet de l'abus sexuel capable de travailler en collaboration avec les participants pour faire ressortir leurs forces et offrir du soutien.

Ne pas être entendue

Toutes les femmes ont décrit avoir eu l'impression qu'elles n'étaient pas entendues. Elles avaient l'impression d'être ignorées, et leurs points de vue et leur vécu n'étaient pas considérés importants. Selon ces femmes, le personnel n'exprimait pas d'intérêt pour leurs récits d'abus sexuel. Ceci n'est pas une pratique rare dans les institutions où je travaille. Je n'affirme pas que les membres du personnel hospitalier ne se soucient pas de l'histoire des femmes; je crois que la plupart du temps, ils ne savent pas quoi faire lorsqu'une patiente parle d'abus sexuels, particulièrement dans le cas d'une hospitalisation due à un tout autre diagnostic. Plusieurs femmes ont mentionné que les membres du personnel connaissaient leurs histoires d'abus sexuels, mais qu'ils n'en parlaient pas, et n'essayaient pas de relier l'abus sexuel à leurs troubles de santé mentale. Une femme déclare : « Ils ne m'ont pas parlé du tout de mon passé, mais seulement de ce qui m'avait fait venir à l'hôpital cette fois. Je ne réussis pas vraiment à parler à ces gens. »

Ne pas être traitée avec humanité

Certaines femmes ont décrit l'expérience d'hospitalisation comme « encore plus avilissante pour leur personne », et comme renforçant leur sentiment de n'avoir pas de valeur. Les femmes ont mentionné s'être senties jugées et étiquetées. Une femme a déclaré, lorsque nous lui avons demandé comment le personnel pouvait aider, que « la pire chose qu'il peut faire, c'est de nous traiter en enfant. C'est une question de contrôle. C'est très humiliant. » Les femmes ont aussi mentionné que le personnel parlait d'elles comme si elles n'étaient pas là, mais ne leur parlait pas à elles. Or, certains auteurs ont suggéré qu'être en contact avec quelqu'un, être entendue et n'être pas réduite au silence est primordial pour le bien-être des femmes survivantes d'abus, et surtout pour celles qui sont hospitalisées.

Les expériences de contention

Il est important de noter qu'aucune des participantes à notre étude n'a eu l'impression que la contention avait été utile, et ceci, malgré le fait que le personnel pensait que la contention serait bénéfique parce qu'elle aiderait la personne à demeurer hors de danger. Il y a certainement ici une dichotomie dans les perceptions. Plusieurs femmes ont dit « je n'avais pas l'impression que c'était pour mon bien. J'avais l'impression que c'était une punition. »

Les femmes ont décrit la contention comme une expérience terrifiante, et le personnel comme tyrannique. Elles ont utilisé des expressions comme : « j'avais peur pour ma vie », « j'étais paniquée », « frénétique... prise au piège ». Une femme a déclaré: « C'était l'expérience la plus terrifiante. Totalement terrifiante. » Certaines femmes ont mentionné s'être dissociées pendant la contention, être parties parce qu'elles ne pouvaient pas endurer ce qui leur arrivait. « Ma pensée s'éteint », a témoigné une femme. Le personnel exclusivement masculin a été mentionné par plusieurs femmes, ce qui ajoutait une dimension additionnelle de peur. Elles se sentaient impuissantes, comme si elles n'étaient plus capables de faire de choix. Voici quelques témoignages :

« Ils m'empoignaient et, après un certain temps, je perdais toute envie de lutter. »

« Comme si tu étais totalement impuissante. »

« Ils peuvent faire tout ce qu'ils veulent. »

« Je me suis sentie si inapte avec la contention, je ne pouvais rien faire. Je ne pouvais pas bouger. »

« J'ai compris qu'il fallait que je reste couchée, sans lutter, sans bouger. »

« Je me suis sentie complètement impuissante et vulnérable. »

Ces mots ne sont pas surprenants. Ces femmes se sont senties avilies, humiliées et dégradées par l'expérience de la contention. Une femme a dit : « Alors, tu n'es plus humaine. » Une autre témoigne :

« Ils avaient vraiment de l'emprise sur moi. Ils m'ont amenée à ma chambre, et m'ont écarté les jambes encore une fois. C'est terrible. Si au moins quand ils te mettent en contention tes jambes pouvaient rester ensemble... c'est comme si tu étais prête à être violée. C'est une vulnérabilité violente. »

Ces mots sont évidemment très puissants. Une autre femme raconte : « J'avais l'impression d'être une bestiole... une fourmi. » Cela en dit long sur la hiérarchie et le pouvoir en institution psychiatrique.

Les exemples que j'ai utilisés pour illustrer les thèmes de l'expérience de contention et d'hospitalisation chez ces femmes mettent en relief les effets négatifs considérables de l'expérience de contention. Les femmes se sont senties opprimées et impuissantes. La contention a été pour toutes, sans exception, une expérience traumatique, qui a changé leur point de vue sur l'expérience d'hospitalisation dans son ensemble. De toute évidence, la contention n'est pas sans conséquence. Elle n'a donné un sentiment de sécurité à aucune des femmes, et aucune n'a trouvé l'expérience utile ou aidante, malgré ce qu'on leur avait dit à l'hôpital. La contention a précipité l'émergence de flashbacks, de cauchemars et d'anxiété chez toutes les femmes. Une des femmes a retrouvé des souvenirs d'abus sexuels pendant la contention.

Ce qu'elles veulent

Nous avons demandé à ces femmes comment le personnel hospitalier devrait agir, comment elles auraient désiré être traitées. Toutes ont répondu qu'elles apprécieraient que le personnel soit disponible pour les écouter, mais aussi pour leur donner leur soutien. Il est aussi primordial de comprendre la signification des comportements de ces femmes et de les relier aux traumatismes et aux expériences d'abus sexuels. Leurs comportements sont liés à leur passé, non-pas à l'étiquette qu'on leur donne dans le système de santé mentale. Les femmes auraient aussi apprécié de simples gestes de réconfort tels que boire une tasse de café en compagnie de quelqu'un, écouter de la musique ou être avec quelqu'un qui offre son soutien. Certaines femmes ont noté que la rédaction d'un contrat qui fait mention d'une collaboration entre le personnel et le patient pourrait être utile. Les femmes aimeraient aussi que le personnel soit humain et flexible.

Les infirmières et les professionnels de la santé doivent être conscients de l'impact primordial qu'ont les expériences d'abus physiques et sexuels sur la vie des femmes et, en particulier, sur leur expérience dans le système de santé mentale. Nous devons aider les femmes à être entendues. Ma participation à un colloque comme celui-ci est extrêmement importante pour mon enseignement et mon travail, non seulement pour partager mes conceptions mais aussi pour apprendre de vous. Nous devons aider les femmes et les hommes à se sentir plus en contrôle dans ce type de situations et, idéalement, pour les éliminer. Enfin, nous devons aborder des questions telles que la médication forcée, la contention et la disponibilité de l'aide thérapeutique..

Bibliographie

Brase-Smith.S B. « Restraints: Retraumatization for rape victims? » *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service*, 33 (7), 1995.

Briere, J. *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA, Sage, 1992.

Cohen, L. « Psychiatric hospitalization as an experience of trauma ». *Archives of Psychiatric Nursing*, 8, 1994.

Craig, C, Ray, F, & Hix, C. « Seclusion and restraint: Decreasing the discomfort ». *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 27, 1989.

Connors, R. « Self-injury in trauma survivors: 1. Functions and meanings ». *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 1996.

Doob, D. « Female sexual abuse survivors as patients: Avoiding retraumatization ». *Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 1992.

Felitti, V. « Long term medical consequences of incest, rape, and molestation ». *Southern Medical Journal*, 84, 1991.

Firsten, T. « Violence in the lives of women on psychiatric wards ». *Canadian Women's studies*, 11 (4), 1991.

Fromuth, M.E. & Burkhart, B.R. « Recovery or recaptulation? An analysis of the impact of psychiatric hospitalization on the child sexual abuse survivor ». *Women & Therapy*, 12, 1992.

Gallop, Ruth et al., *The Experience of Hospitalization and Restraint of Woman Who Have a History of Childhood Sexual Abuse*. Toronto, research, Faculty of nursing, Janvier 1999, p. 400-415.

Guirguis, E.F. « Management of disturbed patients. An alternative to the use of mechanical restraints ». *The Journal of Clinical Psychiatry*, April, 1978.

Harris, M. « Modifications in service delivery and clinical treatment for women diagnosed with severe mental illness who are also the survivors of sexual abuse trauma ». *The journal of Mental Health Administration*, 21, 1994.

Herman, J. L. *Trauma and recovery*. New York, Basic Books, 1992.

Jack, D.C. *Silencing the self: Women and depression*. Cambridge, Harvard University Press, 1991.

Jacobson, A. « Physical and sexual assault histories among psychiatric outpatients ». *American Journal of Psychiatry*, 146, 1989.

Jennings, A. « On being invisible in the mental health system ». *Journal of Mental Health Administration*, 21, 1994.

Johnson, M. « Being restrained: A study of power and powerlessness ». *Issues in Mental Health*, 19, 1998.

Kroll, J. *PTSD/bordeline*. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1993.

Kützén, K. & Schreiber, R. « Moral survival in a nontherapeutic environment ». *Issues in Mental Health*, 19, 1998.

Miller, J. B. & Stiver, I. *The healing connection: How women form relationships in therapy and life*. Boston, Beacon Press, 1997.

Mills, T, Rieker, P. P & Carmen, E. H. « Hospitalization experiences of victims of abuse ». *Victimology: An International Journal*, 9, 1984.

Mohr, W, Mahon, M, & Noone, M. « A restraint on restraints: The need to reconsider the use of restrictive interventions ». *Archives of Psychiatric Nursing*, 12, 1998.

Plutchik, R, Karasu, T, Conte, H, Siegel B, & Jerret, I. « Towards a rationale for the seclusion process ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 1978.

Ray, N, Myers, K & Rappaport, M. « Patient perspectives on restraint and seclusion experiences : A survey of former patients of New York State psychiatric facilities ». *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20, 1996.

Roper, J, M, & Anderson, N.L.R. « The interactional dynamics of violence, Part 1: An acute psychiatric ward ». *Archives of Psychiatric Nursing*, 5 (4), 1991.

Russell, D. *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York, Basic Books, 1986.

Seidel, J. V. *Ethnograph (Version 3.0)*. Amherst, ME, Qualis Research Associates, 1988.

Sheridan, M, Henrion, R, Robinson, L & Baxter, V. « Precipitant of violence in a psychiatric inpatient setting ». *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 1990.

Soliday, S. « A comparison of patient and staff attitudes toward seclusion ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 1985.

Stilling, L. « The pros and cons of physical restraints and behavior controls ». *Journal of Psychosocial Nursing and mental Health Services*, 30 (3), 1992.

Urbancic, J. « Empowerment support for female survivors of childhood incest ». *Archives of Psychiatric Nursing*, 6, 1992.

ÉTAT DE LA SITUATION CHEZ LES FEMMES QUI CONSULTENT DES RESSOURCES D'AIDE AU QUÉBEC

Joane Turgeon, psychologue

Madame Joane Turgeon est psychologue de formation, spécialisée en violence depuis une quinzaine d'années. Depuis 1995, elle travaille à temps plein comme formatrice et superviseure pour le Comité Priorité Violence Conjugale. Elle a été ainsi en contact avec des centaines d'intervenants-es de différentes disciplines : médecins, psychologues, infirmières, travailleuses sociales, etc. Elle est actuellement responsable de la supervision en violence dans les CLSC de la région de Montréal. À titre de chercheuse, elle est impliquée dans plusieurs études sur les conséquences de la violence, le dépistage et l'intervention en violence conjugale. Elle réalise actuellement une recherche sur la revictimisation et la victimisation secondaire dans les CLSC, les CALACS et les maisons d'hébergement. Elle travaille aussi à l'implantation dans divers milieux d'une trousse d'outils intitulée le « DÉDRI », qui vise à faciliter le Dépistage, l'Évaluation, la Documentation, la Référence et l'Intervention en violence conjugale.

Introduction

C'est un plaisir de participer avec vous à ce colloque sur les femmes, la psychiatrie et la victimisation secondaire. Ces sujets sont très importants pour moi. Comme intervenante d'abord, parce que je rencontre beaucoup de femmes qui ont subi différentes formes de violence plusieurs fois dans leur vie et qui sont blessées à nouveau par des victimisations secondaires qui attisent leurs souffrances et les plongent dans l'impuissance. Je rencontre aussi des femmes qui se heurtent à beaucoup d'incompréhension et qui sont victimes d'erreurs d'évaluation, des femmes à qui l'on attribue des diagnostics de toutes sortes alors que leurs réactions à la violence sont simplement normales.

C'est aussi un sujet important pour moi comme chercheuse parce que le peu de connaissances sur le sujet est préoccupant et parce que certaines recherches actuelles sur la revictimisation ont tendance à responsabiliser les victimes plutôt que d'apporter un éclairage favorisant la compréhension de ce phénomène.

J'ai amorcé en 1995, avec une équipe de recherche, un questionnement sur la revictimisation et la victimisation secondaire. La cueillette de données d'une recherche vient à peine d'être terminée. Aujourd'hui, je veux partager avec vous ma réflexion sur ces problématiques et vous communiquer certains résultats de recherches.

Définitions

Dans la littérature sur la revictimisation et la victimisation secondaire, plusieurs termes différents sont utilisés de façon interchangeable. Pour aborder ces sujets d'une façon rigoureuse, il importe de définir quelques concepts.

Agression : atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'une personne.

Le terme « agression » est très utilisé, mais peu spécifique dans la littérature sur la violence et la victimisation. En adjoignant un qualificatif à ce terme, il est possible de le clarifier.

Agression unique : une agression commise par un agresseur.

Une agression unique pourrait être, par exemple, une agression sexuelle par un étranger. La violence faite aux femmes étant généralement répétitive, l'agression unique est peut-être le type d'agression le moins fréquent.

L'expression « agressions multiples » est fréquemment utilisée, mais très peu spécifique.

Agressions multiples : plusieurs agressions.

Les textes l'utilisent donc pour parler de plusieurs agressions par des agresseurs différents et de plusieurs agressions par un même agresseur alors que cette dernière situation est aussi parfois qualifiée d'agression chronique.

Agressions chroniques : plusieurs agressions commises par un même agresseur.

Les agressions chroniques se répètent pendant un certain temps. La violence conjugale, le harcèlement sexuel et les agressions sexuelles intrafamiliales sont des formes de violence qui appartiennent généralement à cette catégorie.

Ces définitions plus précises permettent de mieux cerner le phénomène de la revictimisation.

Revictimisation : deux agressions (ou plus) par deux agresseurs différents à deux moments différents.

Jusqu'à présent, c'est surtout la revictimisation sexuelle qui a été l'objet des recherches. Un exemple de revictimisation sexuelle serait la situation de cette femme qui a subi des agressions sexuelles de la part de son père dans l'enfance (agression chronique) et qui est agressée sexuellement à l'âge adulte par un voisin (agression unique).

Le terme revictimisation peut aussi être utilisé pour décrire la situation d'une femme victime de violence sexuelle dans l'enfance et victime de violence conjugale à l'âge adulte, ou celle d'une femme qui subit de la violence conjugale de la part de deux partenaires amoureux. On pourrait aussi parler de revictimisation dans la situation où une adolescente subit une agression sexuelle et est frappée par son père lorsqu'elle lui confie ce viol en rentrant à la maison.

Ce dernier exemple de revictimisation permet de réfléchir sur la *victimisation secondaire* et de la concevoir comme une forme de revictimisation.

Victimisation secondaire : réactions négatives envers la victime d'une agression de la part des personnes à qui elle parle de l'agression, se confie ou demande de l'aide.

La victimisation secondaire peut provenir des proches de la victime, mais aussi parfois d'intervenant-es du milieu de la santé, de la justice, des services sociaux, etc.

Même si elles ne visent pas toujours à blesser la victime, ces réactions négatives peuvent avoir des effets dévastateurs sur elles, effets que l'on identifie par le vocable de blessures secondaires.

Blessure secondaire : blessure généralement non physique résultant d'une victimisation secondaire.

La victimisation secondaire (c'est-à-dire les réactions négatives des gens face aux victimes) a donc comme effet d'engendrer des blessures secondaires (sentiments d'injustice, de trahison, culpabilité, peur, impuissance, etc.).

Dans la littérature, les termes « victimisation secondaire » et « blessure secondaire » sont parfois utilisés comme des synonymes. Leur différenciation permet cependant de mieux les cerner et de les évaluer plus facilement.

Violence faite aux femmes et victimisation secondaire

Les agressions dont sont victimes les femmes présentent certaines caractéristiques particulières. Par exemple, les agressions envers les femmes se produisent souvent au domicile de la victime. C'est le cas dans 62 % des crimes contre les femmes, mais seulement dans 30 % des crimes contre les hommes (Trevethan et Somagh, 1992). Ce lieu où toute personne devrait se sentir en sécurité exclut généralement la présence de témoins.

Une autre caractéristique des crimes contre les femmes est que dans la grande majorité de ces situations, l'agresseur est connu par la victime et par ses proches. Les proches des victimes sont donc souvent en relation avec l'agresseur qui se présente à eux sous son meilleur jour. Dans l'étude de Trevethan et Samagh (1992), 80 % des femmes ont été victimes de

quelqu'un qu'elles connaissent, surtout leur conjoint ou ex-conjoint (43 %), alors que 49 % des hommes connaissent leur agresseur et que seulement 3 % d'entre eux sont victimes d'une conjointe ou ex-conjointe.

L'agresseur étant connu, il risque aussi de rester en contact avec la victime. Les femmes sont donc souvent victimes d'agressions répétitives et chroniques qui peuvent engendrer une détérioration graduelle de leur état physique et psychologique. Par exemple, en situation de violence conjugale, il arrive que l'état de la victime se détériore graduellement. Les proches remarquent difficilement le changement et ne font généralement pas le lien entre l'état de perturbation qui s'installe et la violence que la femme subit.

Ces caractéristiques des agressions envers les femmes peuvent favoriser la victimisation secondaire. En effet, il peut être difficile de croire une victime lorsque que aucun témoin n'est présent et lorsqu'elle accuse quelqu'un qu'on connaît bien et qu'on aime bien. C'est encore plus difficile de la croire lorsqu'elle est perçue comme étant bizarre depuis un certain temps, lorsqu'elle a l'air perturbé, qu'elle a des sautes d'humeur ou qu'elle est déprimée.

Ampleur de la revictimisation

Plusieurs études ont démontré que la revictimisation est un phénomène préoccupant tant par son ampleur que par ses conséquences. Par exemple, dans un échantillon clinique de 186 femmes victimes de violence conjugale, Kemp, Green, Hovanitz et Rawlings (1995) observent que 26 % des victimes de violence physique et 31 % des victimes de violence verbale ont subi des agressions sexuelles intrafamiliales dans l'enfance, et que 50 % des victimes de violence physique et 21 % des victimes de violence verbale ont subi une agression sexuelle à l'âge adulte.

D'autres chercheurs, Wyatt et Rierdle (1994), étudient un échantillon non clinique de 248 femmes et constatent que 33 % des femmes ont subi du harcèlement sexuel et des agressions sexuelles dans l'enfance ou à l'âge adulte.

Effets de la revictimisation

Les effets de la revictimisation se révèlent peu à peu dans la littérature. Il semble que plus les agressions sont répétées, plus l'état de santé physique et psychologique de la victime se détériore.

Santé Physique

Moeller, Bachman et Moeller (1993) ont étudié 668 clientes en gynécologie. À partir des résultats de leurs études, ils affirment que plus une femme a subi de types d'agressions dans l'enfance, plus elle risque d'être hospitalisée (tant pour des maladies que des chirurgies) et plus elle se perçoit comme ayant des problèmes physiques et psychologiques. Ils ont constaté quatre fois plus d'hospitalisations et de chirurgies chez les sujets ayant subi trois types d'agressions dans l'enfance que chez les non victimes.

Parmi les 239 patientes en gastro-entérologie de l'échantillon de Leserman, Drossman, Toomey, Nachman et Glogau (1997), 121 ont été victimes d'agressions. Selon ces chercheurs, avoir subi plus d'un type de mauvais traitements (agressions sexuelles et physiques) augmente les impacts négatifs sur la santé mentale et physique.

Dissociation

Du côté des effets psychologiques des agressions, certaines études ont tenté d'établir des liens entre les symptômes de dissociation et la revictimisation. Par exemple, Fergusson, Horwood et Lynskey (1997) ont étudié un échantillon de 520 jeunes femmes de plus de 18 ans. Ils constatent que les sujets qui présentent le plus de symptômes de dissociation sont celles qui ont subi des agressions répétées dans l'enfance ou des agressions dans l'enfance et à l'âge adulte.

Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart et Vanlinden (1998) évaluent 88 patients psychiatriques. Plus les agressions sont nombreuses, plus elles sont sévères et plus les symptômes de dissociation sont importants. Les agressions subies avant l'âge de 7 ans sont reliées à plus de symptômes de dissociation. Zanarini, Frankenburg, Reich, Marino et Haynes (1999) considèrent aussi que les sujets qui ont subi des agressions répétées dans l'enfance ou des agressions dans l'enfance et à l'âge adulte présentent plus de symptômes de dissociation.

Stress post-traumatique

Les symptômes de dissociation sont souvent étudiés isolément, mais ils font aussi partie de l'ensemble des symptômes d'un état de stress post-traumatique (SPT). Plusieurs chercheurs ont constaté des hauts taux de SPT (avec et sans dissociation) chez les victimes de revictimisation.

Par exemple, Bagley, Bolitho et Bertrand (1997) ont questionné 1025 adolescentes. Les adolescentes revictimisées rapportent plus de symptômes de SPT et de comportements suicidaires que celles jamais agressées ou agressées une fois.

Astin, Ogland-Hand, Coleman et Foy (1995) ont constaté que le SPT est plus présent chez les femmes revictimisées et qu'une plus grande proportion des femmes en SPT que de femmes qui ne sont pas en SPT ont des antécédents d'agressions sexuelles et physiques dans l'enfance.

Dans leur échantillon de 210 femmes, Follette, Polusny, Bechtle, Naugle (1996) observent que plus une femme est victime d'agressions de types différents (agressions physiques ou sexuelles dans l'enfance ou à l'âge adulte), plus les symptômes de SPT sont sévères. Une autre constatation importante de ces auteurs est que les agressions multiples diminueraient la capacité de se rétablir des agressions.

Le stress post-traumatique est un diagnostic important, parce qu'il permet de concevoir différemment les réactions des victimes. Malheureusement, ces dernières reçoivent souvent d'autres types de diagnostics, ce qui fait dire à certains auteurs (Kemp, Rawlings et Green, 1991) qu'il y a beaucoup d'erreurs de diagnostic chez les victimes parce que l'on confond les symptômes du stress post-traumatique avec les symptômes de plusieurs autres diagnostics du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996).

Pourquoi une si grande incidence de SPT chez les femmes victimes de violence ? Et si c'était tout simplement normal. Les réactions post-traumatiques sont souvent décrites comme un ensemble de réactions normales à un événement traumatisant. Une personne normale exposée à un traumatisme présente donc un ensemble de réactions que sont les manifestations de stress post-traumatique.

Par exemple, une personne qui subit une agression sera habitée par des images, des pensées, des émotions. La peur, l'impuissance, et parfois même la colère peuvent l'envahir de façon soudaine. Ce sont des symptômes d'intrusion du SPT.

Même s'il est normal d'être habité par un événement traumatisant, ces symptômes d'intrusion sont extrêmement troublants et dérangeants. Plusieurs symptômes d'évitement peuvent donc apparaître. La victime tente alors de se couper de ses pensées, de ses émotions, elle tente de fuir la réalité, d'éviter tout ce qui peut lui rappeler l'agression. L'évitement prend toute sorte de formes : oubli, gel des émotions, arrêt de la pratique de certaines activités, sentiment de détachement, de découragement, etc. Certaines formes d'évitement sont plus difficiles pour les proches que d'autres, par exemple l'évitement par la consommation d'alcool, de médicaments ou de drogue, ou les tentatives de suicide.

Malgré l'évitement, l'organisme est stressé et ce stress se manifeste à travers les symptômes d'activation neurovégétative. La personne est tendue, stressée, anxieuse, angoissée, nerveuse. Elle a de la difficulté à dormir, a des réactions de sursaut, est hyper vigilante.

L'état de stress post-traumatique comporte donc plusieurs symptômes normaux, mais souffrants qui affectent plusieurs aspects de la vie de la victime.

Le plus grand besoin des victimes est d'être comprises. L'intervention post-traumatique est d'ailleurs souvent résumée par trois éléments :

- Permettre à la personne de ventiler et de parler de sa situation;
- Normaliser ses réactions, c'est-à-dire aider la victime à comprendre que ses réactions sont normales suite à la violence qu'elle a subie, et l'aider à faire un lien entre ses symptômes et la violence;
- Généraliser, c'est-à-dire lui faire voir que d'autres personnes confrontées à un événement similaire ont aussi des réactions semblables aux siennes.

Malheureusement, les réactions des proches vont parfois à l'encontre de ces principes d'intervention.

Réactions de l'entourage et victimisation secondaire

Malgré les bonnes intentions, plusieurs victimes sont revictimisées par des réactions négatives des proches ou des intervenants. Voici quelques exemples de victimisation secondaire :

Blâme pour l'agression

Une jeune femme de seize ans subit une agression sexuelle un soir de sortie avec des amies. En rentrant à la maison, elle en parle à ses parents qui lui demandent alors comment elle était habillée et qui déclarent que si elle les avait écoutés, cela ne serait pas arrivé.

Remarques insensibles et rudes

Une femme confie une agression sexuelle à son frère qui lui demande ensuite : « as-tu aimé ça ? ».

Colère excessive

Une jeune fille confie à son amoureux une agression sexuelle subie par son père dans son enfance. L'amoureux devient enragé contre le père de sa copine, il s'empare d'un couteau de cuisine et il menace d'aller le tuer.

Colère contre la victime

Une victime se fait engueuler par sa meilleure amie qui lui dit qu'elle aurait dû aller au cinéma avec elle plutôt que d'y aller seule.

Jugement

Un frère affirme que sa soeur est une putain après qu'il ait appris qu'elle s'est fait violer lors d'une sortie avec un nouveau « copain ».

Blâme pour les effets de l'agression

Une victime ne va pas bien, sa guérison est longue, trop longue au goût de ses proches qui lui servent des commentaires comme « sors-toi z'en, passe par dessus » ou encore « il est temps que tu passes à autre chose, arrête de t'apitoyer sur ton sort ».

Rejet et évitement

Une victime perd une amie qui ne la rappelle plus et ne lui répond plus au téléphone depuis qu'elle lui a confié que son mari (que l'amie connaît très bien) est violent avec elle.

Discrimination

Une mère interdit à sa fille de 16 ans de sortir après l'école depuis qu'elle lui a confié être victime de harcèlement sexuel de la part d'un camarade de classe. Son frère de 14 ans peut sortir tant qu'il veut.

Agression physique

Le père d'une jeune femme agressée sexuellement gifle sa fille parce qu'il est très fâché qu'elle ait perdu sa virginité.

Malheureusement, les intervenants-es et autre-s professionnel-les que les victimes rencontrent ne sont pas à l'abri de ce genre de réactions. Voici quelques exemples de victimisation secondaire par des intervenants-es identifiés par Frenken et

Van Stolk (1988) :

Ignorance de la violence dévoilée

Il arrive que la violence soit dévoilée, mais que l'intervenant-e n'en tienne pas compte ou encore refuse d'écouter la cliente lorsqu'elle en parle. Une femme raconte que son intervenant l'a sommée de ne plus jamais en parler.

Refus de croire la victime

Il arrive qu'un intervenant-e refuse de croire une victime. Une femme m'a confié avoir consulté un professionnel qui n'a pas cru pas à la violence conjugale qu'elle rapportait parce qu'il connaissait son conjoint et le considérait comme un homme très bien... c'est donc elle qui mentait !

Minimisation des effets de la violence.

Il arrive que des intervenants-es considèrent que la victime devrait s'en sortir plus rapidement, que les symptômes devraient se résorber plus vite ou encore qu'elle ne devrait pas ressentir de symptômes du tout parce que ce n'est pas si grave ce qu'elle a subi.

Prescription excessive de médicaments.

Les médicaments agissent sur les symptômes, ce qui peut être très bien. Malheureusement, certains intervenants-es oublient d'intervenir aussi sur les causes du problème et des symptômes. L'intervention sur la violence subie, qu'elle soit actuelle ou passée, est essentielle. La seule prescription de médicaments pour faire taire les symptômes peut constituer une forme de victimisation secondaire envers la victime en lui passant le message que le problème vient d'elle.

Exploitation sexuelle par le thérapeute

Un exemple extrême de victimisation secondaire a été rapporté dans quelques recherches selon lesquelles les victimes de violence sexuelle seraient souvent plus sollicitées sexuellement et agressées sexuellement par leurs thérapeutes que les femmes qui n'ont pas été agressées sexuellement (Armsworth, 1989, 1990). Ces sollicitations et ces agressions sexuelles constituent des victimisations secondaires puisqu'elles se produisent parce que les victimes cherchent de l'aide et confient leur victimisation antérieure. D'ailleurs, certains de ces thérapeutes se justifient en disant que c'est pour le bien de la victime, pour l'aider dans son épanouissement sexuel.

Autres réactions.

D'autres réactions des intervenants-es peuvent constituer des formes de victimisations secondaires, comme le blâme, le rejet, la méfiance, la responsabilisation ou la culpabilisation de la victime. Certaines victimes rapportent que leurs confidences ont provoqué des expressions de dégoût et de révolition. de la part de professionnel-les. Il est certain que les agressions sont difficiles à entendre, mais c'est notre responsabilité professionnelle d'être capable de recevoir ces contenus en restant empathiques.

Effets de la victimisation secondaire

Les effets de la victimisation secondaire sont moins connus, mais pourraient ressembler à ceux de la revictimisation puisque la victimisation secondaire peut être conceptualisée comme étant une forme de revictimisation.

Quelques études parlent des effets spécifiques des blessures secondaires. Les symptômes conséquents à l'agression seraient plus nombreux, plus fréquents et plus durables lorsqu'il y a victimisation secondaire que lorsqu'il n'y en a pas (Lemay et Turgeon, 2002). En somme, on peut dire que les blessures secondaires exacerbent les effets d'un événement traumatique (Thibaudeau, 2003). Le rétablissement en serait donc plus difficile.

J'ai en tête plusieurs histoires de femmes qui ont été internées en psychiatrie, parfois à la demande du conjoint violent. Lors d'une formation, une participante m'a raconté l'histoire de sa mère qui était victime de violence conjugale physique et

psychologique, au point d'être fréquemment blessée par son conjoint. Celui-ci la trouvait irritable et agressive. Elle a fait, à la demande de son conjoint, plusieurs séjours en psychiatrie sans jamais être aidée pour la violence subie.

Quelques causes de la victimisation secondaire

Pourquoi certaines victimes sont-elles mal accueillies ou mal aidées par les proches ou les intervenants-es qu'elles rencontrent ?

Sans connaître toutes les réponses à cette question, on peut poser quelques hypothèses. La méconnaissance de la violence et de ses effets joue probablement un rôle important dans ce phénomène. J'ai formé beaucoup d'intervenants-es et je n'ai jamais rencontré personne de mauvaise volonté. Les intervenants-es veulent aider. Or, on connaît souvent assez peu la violence envers les femmes ainsi que les effets de cette violence. Les professionnels-les qui posent des diagnostics sans connaître la violence et sans la dépister peuvent conclure à des diagnostics erronés et passer à côté du SPT.

On constate aussi une méconnaissance des enjeux de l'évaluation. Encore trop peu de professionnels-les savent que certains tests psychologiques perdent toute validité lorsqu'ils sont utilisés auprès de personne en stress post-traumatique.

Il existe également une certaine tendance sociale à responsabiliser les victimes. « Elle a dû faire quelque chose pour que ça lui arrive ». C'est une façon de tenter de se mettre à l'abri : « ça ne peut pas m'arriver à moi puisque je fais attention, je ne suis pas comme elle ! ».

Il est difficile de s'identifier aux victimes, à leur souffrance, à leur état de vulnérabilité. Il est difficile de s'imaginer qu'une situation de violence puisse nous arriver. Il est plus facile de regarder les victimes d'agressions avec détachement et distance. Malheureusement, ces attitudes risquent fort de les blesser.

Toute notre vigilance est donc nécessaire pour éviter d'infliger des victimisations secondaires aux victimes. Un moyen d'y parvenir est de maintenir en tout temps une attitude d'ouverture et de respect envers elles.

Je vous remercie de votre attention et je profite de l'occasion pour remercier toutes les personnes qui ont contribué à cette réflexion sur la revictimisation et la victimisation secondaire, et surtout à toutes les femmes qui ont accepté de consacrer de leur temps à nos recherches sur ces sujets.

Bibliographie

American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4e ed.)*. Washington, D.C., 1994.

Armstrong Witham, Mary. « Therapy of incest survivors : abuse or support? ». *Child abuse et neglect*, 13 (4), 549-562, 1989.

Armstrong Witham, Mary. « A qualitative analysis of adult incest survivor's response to sexual involvement with therapists ». *Child abuse et neglect*, 14, 541-554, 1990.

Astin, M.C., Ogland-Hand, S.M., Coleman, E.M. et Foy, D.W. « Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women : comparisons with maritally distressed women ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 2, 308-312, 1995.

Bagley, C., Bolitho, F. et Bertrand, L. « Sexual Assault in School, Mental Health and Suicidal Behaviors in Adolescent Women in Canada ». *Adolescence*, 32 (126), 361-366, 1997.

Fergusson, D.M., Horwood, L.J. et Lynskey, M.T. « Childhood sexual abuse, adolescent sexual behaviors and sexual revictimization ». *Child Abuse et Neglect*, 21, 8, 789-803, 1997.

Follette, V.M., Polusny, M.A., Bechtle, A.E. et Naugle, A.E. « Cumulative Trauma : the impact of child sexual abuse,

adult sexual assault, and spouse abuse ». *Journal of Traumatic Stress*, 9, 1, 25-35, 1996.

Frenken, J., et Van Stolk, B. « Incest victims: inadequate help by professionals ». *Child abuse et neglect*, 14, 253-263, 1988.

Kemp, A; Rawlings, E. I.; Green, B. L. « Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Battered Women: A Shelter Sample ». *Journal of Traumatic Stress*, 4 (1), 137-148, 1991.

Kemp, A; Green, B. L.; Hovanitz, C; Rawlings, E. I. « Incidence and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women: Shelter and Community Samples ». *Journal of Interpersonal Violence*, 10(1), 43-55, 1995.

Lemay, G. et Turgeon, J. *Rrevictimisation et victimisation secondaire*. Montréal, Comité Priorité Violence Conjugale, 2002.

Leserman, J., Zhiming, L., Drossman, D.A., Toomey, T.C., Nachman, G. et Glogau, L. « Impact of sexual and physical abuse dimensions on health status : development of an abuse severity measure ». *Psychosomatic medicine*, 59, 152-160, 1997.

Moeller, T.P., Bachmann, G.A. et Moeller, J.R. « The combined effects of physical, sexual, and emotional abuse during childhood : long-term health consequences for women ». *Child Abuse et Neglect*, 17, 623-640, 1993.

Nijenhuis, E., Spinhoven, P., Dyck, R., Hart, O. et Vanderlinden, J. « Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma ». *Journal of Traumatic Stress*, 11, 4, 711- 730, 1998.

Thibaudeau, C. *La victimisation secondaire et la blessure secondaire : la face cachée du soutien social*. Rapport d'analyse des pratiques, École de service social, Université de Montréal, 2003.

Trevethan, Shelley et Samagh, Tajeshwer. « Les différences entre les victimes de crimes de violence, selon le sexe ». *Juristat*, 12 (21), 1-17, 1992.

Wyatt, G.E. et Riederle, M. « Sexual harassment and prior sexual trauma among african-american and white american women ». *Violence and Victims*, 9, 3, 233-247, 1994.

Zanarini, M., Frankenburg, F., Bradford Reich, D., Marino, M., Haynes, M. & Gunderson, J. « Violence in the lives of adult borderline patients ». *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 2, 65-71, 1999.

SURVIVANTES ET RÉILIENTES!

Perception et vécu de deux femmes usagères des services de santé mentale

VÉRONIQUE FANTETTI

Je suis née prématurément d'une mère toxicomane. Elle se droguait à un point tel que lors d'une overdose, son médecin a déclaré qu'il y aurait moins de risques pour moi, le fœtus, si je naissais prématurément que si je naissais à terme.

Ma mère à toujours cru que c'est à cause de cette grossesse qu'elle n'a pas réussi à devenir top modèle comme elle le voulait, et elle m'a toujours blâmée pour ses échecs et pour son problème de drogue. Étant donné qu'elle avait sacrifié sa vie et son avenir pour moi, elle croyait que je devais faire de même pour elle.

Elle avait un sérieux problème de dettes dû à sa consommation de drogue et elle était affiliée au crime organisé. Ils nous arrivait un malheur après l'autre; notre maison a brûlé à deux reprises.

Un jour, on lui a offert d'oublier sa dette si elle permettait à certaines personnes de faire ce qu'ils voulaient de moi. Je devais me rendre chez des « mon'oncles » que je n'avais jamais rencontrés auparavant, soit pour prendre des photos ou pour d'autres services tels que de la prostitution forcée.

Ma mère s'est mariée lorsque j'avais 7 ans et nous sommes déménagés en Ontario. Ma mère était alors enceinte. L'homme qu'elle avait épousé était jaloux de moi et n'aimait pas l'idée qu'il devait faire vivre un enfant qui n'était pas le sien. Je devais travailler pour manger, être hébergée et vêtue. En allant me reconduire à l'école, il criait parfois après moi ; étant la « petite nouvelle » à l'école, mes camarades ont commencé faire comme lui et à me crier des bêtises. Ils disaient par exemple : « you so ugly and stupid even your parents can't love you » (Tu es tellement laide et stupide que même tes parents ne sont pas capables de t'aimer). Ma mère était encore jalouse de moi car selon elle, son mari s'intéressait plus à moi qu'à elle.

Lorsque mon frère est né, j'ai dû m'en occuper ; à chaque fois qu'on l'entendait pleurer, je devais être punie. Je passais des nuits entières à faire les cent pas en le tenant dans mes bras, et cette énorme tâche se reflétait dans mes bulletins scolaires. Ma mère en a conclu que j'étais déficiente intellectuelle et malade mentale. Mon frère est né le 18 juin et ma mère a tenu à fêter la St-Jean Baptiste au Québec. Alors, elle m'a laissée toute seule avec un bébé naissant pendant quatre jours, avec rien d'autre qu'une boîte de café moulu dans le réfrigérateur.

En arrivant de l'école je devais faire ma corvée : lundi, mercredi et vendredi je devais laver tous les planchers de la maison, je devais épousseter, m'occuper de mon frère, commencer le souper et faire la vaisselle après tout les repas. J'allais ensuite dormir dans le sous-sol non fini, sur le plancher en ciment avec notre chien. Rares ont été les fois où je m'y suis rendue par l'escalier. Par exemple, si j'oubliais un grain de poussière ou que même debout sur une chaise je n'étais pas assez grande pour épousseter une tablette, on me mettait à genou dans un coin jusqu'à ce que je perde connaissance. Ma mère croyait que je faisais ça pour me sortir de cette punition, et m'a ensuite fait mettre à genou tout en haut de l'escalier du sous-sol : ainsi, si je perdais connaissance, je tombais en bas de l'escalier, qui n'avait ni mur ni rampe de chaque côté. Je pouvais donc tomber à côté de l'escalier.

J'avais seulement le droit de manger lorsque les autres avaient terminé ; je mangeais ce qui restait dans leurs assiettes.

Plusieurs années après avoir quitté le domicile familial, j'ai parlé de mon enfance à un intervenant psychosocial. Il n'en revenait pas d'entendre ce que j'avais enduré. Il pensait que, peut-être, j'halluciniais ; que j'avais de faux souvenirs, ou que j'avais regardé un film qui m'avait traumatisé et que je ne pouvais plus l'oublier. Il a suggéré que j'aille consulter un psychiatre. L'idée que je pouvais être schizophrène s'est installée ; après tout, ma mère m'avait toujours dit que je n'étais pas un enfant normal. Néanmoins, j'étais encore réticente à voir un psychiatre. Je suis finalement allée, parce que j'étais désespérée et parce que je ne voulais pas perdre mon emploi : j'avais travaillé si fort pour finir l'école secondaire. Je suis donc allée consulter un psychiatre. Je n'avais jamais eu d'idées suicidaires. J'ai eu le courage de raconter au psychiatre ce qui m'était arrivé dans mon enfance et, en dix minutes, le psychiatre m'avait diagnostiquée comme schizophrène. Il m'a prescrit du Risperdal. Pour m'informer, je lui ai demandé ce que c'était ; il m'a répondu que c'était un médicament antipsychotique. Ça m'a fait un choc. Ou j'étais complètement folle, ou cette prescription était incorrecte. Je revois encore ces mots, Risperdal, écrit dans mes yeux. Je lui ai demandé à nouveau ce que c'était ; il a paru choqué, comme s'il croyait que je questionnais son expertise, même si tout ce que je voulais savoir, c'était ce qu'il était en train de me prescrire et pourquoi. Sa réponse, à part le fait que c'était un médicament antipsychotique, fut que si je ne prenais pas les médicaments, il faudrait qu'il me garde à l'hôpital. Encore une fois, je me suis demandé pourquoi il voudrait me garder : je n'étais pas suicidaire, je n'étais pas un danger pour personne... il est vrai que j'avais du mal à fonctionner normalement à la maison, mais ce n'était rien de grave : je payais mon loyer, je pouvais me nourrir (même si j'avais un ulcère d'estomac). J'ai décidé que je ne prendrais pas ces médicaments jusqu'à ce qu'il m'explique ce qu'ils étaient et pourquoi il me les prescrivait... Ce que je me rappelle, c'est que je suis sortie du bureau, et quatre préposés masculins me suivirent en courant comme si j'étais une criminelle, me déshabillèrent dans la salle d'attente, et me jetèrent sur un lit. Je n'eus même pas le réflexe de me débattre. J'ai été amenée à une unité brève, attachée à un lit en contention, et j'ai réellement senti quelque chose entre mes cuisses. Même si, jusqu'à ce jour, ils nient avoir employé la contention, je me souviens de cette chose entre mes cuisses. Peut-être était-ce un flashback de mon enfance... Je devais aussi avoir une intolérance à quelque chose, parce que je me souviens que je souffrais de diarrhée et je vomissais sur le lit. Il n'y avait pas de portes dans la salle où j'étais, donc tout le monde pouvait me voir dans cet état. Je ne sais pas pendant combien de temps j'ai été là. Ça m'a semblé durer des jours, mais j'ai perdu le fil. Toutes les fois que je commençais à me rappeler la façon dont j'étais arrivée là, ou ce que je faisais là, une infirmière arrivait et me donnait une autre injection. Ça n'avait pas de fin. J'ai appris par la suite, en consultant mon dossier médical, que j'avais été à l'hôpital une semaine. Je ne sais pas, par contre, combien de temps je suis restée en contention, ou combien de fois on m'a donné des injections. Finalement, le psychiatre est venu pour m'évaluer. Ils ont dû me détacher, mais il y avait une condition : que j'accepte de prendre les médicaments que l'infirmière me tendait, et que j'obéisse aux infirmières tout le temps de mon séjour à l'hôpital.

Ils m'ont ensuite convoquée dans un bureau pour subir une évaluation. Ils m'ont demandé d'écrire mon nom, mais je ne réussissais pas à me souvenir des lettres de l'alphabet. Je connaissais mon nom, mais je ne pouvais pas l'écrire. On m'a posé des questions à propos de mon éducation. Je me rappelais que j'avais fini l'école secondaire, l'année de ma graduation, et je connaissais le nom de mon école secondaire – je leur ai donc donné toutes ces informations. Or le psychiatre ne m'a pas crue, parce que je n'étais pas capable d'écrire mon nom ! Évidemment, c'était parce que je me sentais extrêmement engourdie. Mais ils se sont moqués de moi, me demandant : « Es-tu toujours lente comme ça ? » Ils n'ont même pas considéré la possibilité que j'étais dans cet état à cause des médicaments qu'ils me donnaient.

Mon frère vit dans la région. Il est toxicomane. La police l'avait amené à l'hôpital pour qu'il redevienne sobre. Je ne l'avais pas vu depuis deux ans. Il est entré dans le département de psychiatrie et a dit : « hé, c'est ma sœur ! » Malgré son état, il disait : « Mais qu'est-ce que tu fais ici ? Tu es la fierté de la famille – va-t-en d'ici ! Ne me dis pas que tu as commencé à prendre de la drogue ! » Le psychiatre a parlé à mon frère, et mon frère a réussi à convaincre le psychiatre que j'avais obtenu mon diplôme de l'école secondaire, que j'étais une citoyenne acceptable et que j'avais fait du bénévolat dans un hôpital de Montréal. Alors, ils m'ont détachée et ils m'ont placée dans une chambre normale. Cependant, on a continué à me donner des médicaments.

Pendant mon séjour à cet hôpital, j'ai eu plusieurs cauchemars. Souvent, l'infirmière entrait dans la chambre pendant un de ces cauchemars, me poussait brutalement, et me disait : « Si tu ne te calmes pas, je vais devoir utiliser la contention encore une fois ». Et cela, seulement parce que j'étais agitée à cause de ces rêves ! Peu importe ce que je faisais, il y avait une menace constante. Quand j'allais à la salle de bains, je devais être accompagnée d'un préposé qui me suivait à l'intérieur et qui me regardait. Si je voulais prendre une douche, on ne me permettait même pas d'utiliser de savon ! De plus, un préposé devait me surveiller quand j'étais dans la douche. Il ne se contentait pas de rester éloigné – il entrait dans la baignoire avec moi.

J'ai oublié de mentionner que dans ce temps, je souffrais d'un ulcère d'estomac. J'en avais parlé avec une diététicienne, qui m'avait demandé quel genre d'aliments je mangeais, si je mangeais casher, entre autres. J'avais alors mentionné que j'avais un ulcère d'estomac. En dépit de cela, l'hôpital m'a servi de la soupe aux tomates et du jus d'orange. J'ai mangé le pain qui était sur le plateau, mais j'ai refusé de boire le jus et de manger la soupe. Or, dans mon dossier, on a écrit que j'étais anorexique et que j'avais des comportements autodestructeurs.

On m'a laissé partir à condition que j'aille habiter dans une maison pour personnes schizophrènes. Pendant que j'étais à l'hôpital, je n'avais pas de source de revenus. Je n'avais donc pas pu payer mon loyer, et mon propriétaire avait vendu tous mes meubles pour payer le loyer et avait loué l'appartement à quelqu'un d'autre. Je suis donc allée à la résidence pour personnes schizophrènes, où les préposés ont rapidement réalisé que je n'étais pas schizophrène. Parce que je ne n'avais plus d'appartement, j'ai dû rester dans cette résidence jusqu'à ce qu'un centre, une alternative en santé mentale, puisse m'accueillir. Je suis fière de dire que ce centre s'appelle Maison Vivre. Ils m'ont accueillie et m'ont offert une chambre : c'était comme la famille idéale qui n'existait que dans mes rêves. Bien que cette maison n'acceptait habituellement que des gens de 25 à 45 ans et que j'avais 20 ans, ils ont quand même accepté de m'héberger et m'ont aidé à retrouver mes esprits. Ils n'avaient jamais traité quelqu'un comme moi, quelqu'un avec un aussi lourd historique de traumatisme, et bien que le programme ne dure habituellement que six mois, ils m'ont gardé toute une année afin que je reçoive toute la thérapie dont j'avais besoin. Une des raisons pour lesquelles ils m'ont gardée pendant un an est qu'après six ou même huit mois, je n'arrivais pas à me confier au thérapeute : il m'apparaissait encore comme une menace. Je savais que j'avais besoin d'aide, mais il y avait une barrière entre ce thérapeute et moi. J'étais réticente à parler de mes sentiments et de ce que je vivais parce que j'avais peur de me retrouver à l'hôpital encore une fois. Je ne connaissais pas l'étendue du pouvoir que cette personne avait sur moi.

J'ai toujours su que ce qui m'est arrivé en psychiatrie n'était pas normal. Mais en comparaison avec ce que d'autres ont vécu, mon expérience n'est pas si horrible. À l'hôpital, j'ai eu l'impression que certaines des personnes autour de moi habitaient là, qu'ils étaient à l'hôpital pour toujours. Même si je sais que certaines de ces personnes étaient vraiment schizophrènes, je ne suis pas sûre qu'ils avaient ces troubles de santé mentale à leur arrivée à l'hôpital. Peut-être que la façon dont ils ont été traités les a rendus comme ils sont. Pour ma part, même après mon séjour à la Maison Vivre, je me demandais encore exactement ce que j'avais vécu à l'hôpital. Je suis allée au Collectif de défense des droits de la Montérégie parce que je n'avais pas de source de revenus (je bénéficiais de l'aide sociale) et parce que je n'avais pas de chez-moi. Lorsque je leur ai parlé de mon expérience à l'hôpital, ils m'ont dit qu'il n'était pas rare d'entendre des histoires similaires. Cela m'a beaucoup soulagée de voir que les gens du Collectif ne faisaient pas le travail pour moi, mais qu'ils m'informaient de mes droits, et m'accompagnaient. Paul Morin, par exemple, m'a accompagné pour voir le psychiatre qui m'avait propulsé dans cet enfer, mais n'a jamais fait le travail pour moi. Ils avaient une philosophie d'appropriation de pouvoir, qui redonne aux personnes le pouvoir d'accomplir des choses. C'est ce qui m'a donné la confiance de venir ici lutter pour cette cause. J'ai aussi acquis la confiance pour rencontrer d'autres personnes qui ont vécu ce que j'ai vécu, et celle de faire des choses qui sont bénéfiques pour moi. C'est un pas dans la bonne direction de savoir ce qui arrivé et de savoir que c'était mal, mais ce n'était pas assez pour moi. Je crois que nous sommes tous susceptibles d'avoir des troubles de santé mentale, peu importe notre passé, ou qui nous sommes, et je ne comprends pas comment les hôpitaux peuvent continuer à traiter les gens comme ils le font. Si cela était de la thérapie, je ne crois pas que je voudrais continuer à vivre.

Depuis cet incident, j'ai de la difficulté à recevoir des traitements pour des troubles physiques. À cause de mon diagnostic de troubles de santé mentale, lorsque je vais à l'hôpital pour un problème physique, ils m'envoient en psychiatrie parce qu'ils pensent que je me suis infligé moi-même ma blessure ou que j'ai inventé l'existence de cette blessure. Maintenant, j'ai peur d'aller consulter un docteur pour des problèmes physiques. Il m'est maintenant impossible d'aller à l'hôpital et d'y rester des heures.

JE NE SUIS PAS FOLLE, JE SUIS EN COLÈRE

Une réflexion féministe à propos de la victimisation secondaire

Paula Maundcote, consultante en santé mentale

Je suis un arbre, mes racines s'enfoncent profondément dans le sol qui me nourrit en substance et mes branches s'étendent dans le ciel, supporté par un tronc fort. Je suis un arbre qui prend forme pendant que je grandis. J'offre refuge et nourriture. Je transforme le poison en de bons éléments. Je plie avec le vent. Je continue à vivre quand je n'ai plus de feuilles. Je suis un témoin. Je suis un arbre dans une forêt d'arbres. Ceci est mon symbole personnel.

Ma gratitude envers Meredith Kimbell qui définit les stéréotypes associés aux femmes en psychiatrie ainsi :

Une femme est passive, soumise, dépendante, narcissique. Elle est un support pour l'homme et les enfants, son but dans la vie est de se marier, d'avoir des enfants, de donner de l'amour aux autres. Elle se place au dernier échelon. La femme idéale est altruiste, pense aux autres en premier et ensuite à elle. Elle n'est pas capable de penser en terme d'abstraction, elle personnifie le monde, elle vit indirectement, à travers les autres. Elle est conformiste, son amour-propre est formé par ce que les autres (parents, conjoints, enfants) pensent d'elle. Ses humeurs sont cycliques ou contrôlées par des hormones. Elle est émotive, expressive, irrationnelle, fantasque, instable, facilement distraite, subjective, hystérique et idiote.

Ceci est l'infantilisation de la femme.

Souvent, quand nous parlons de victimisation secondaire, nous faisons référence à une nouvelle promulgation de gestes violents. La victimisation secondaire que j'ai vécue est davantage pernicieuse et persistante. La définition du rôle de la femme en psychiatrie est encore plus stricte que le patriarcat ou la hiérarchie. Le péché originel fut promulgué à nouveau – je n'ai pas été vue, écoutée ou comprise.

J'ai toujours fait partie de la contre-culture en questionnant les valeurs dominantes. C'est une bénédiction originelle. Toujours questionnant les forces qui me poussent à me conformer à ce qu'une femme devrait être. Même mon aspect physique allait à l'encontre de cette norme.

J'ai été chanceuse de rencontrer des féministes au début des années 60 qui questionnaient aussi notre rôle, notre histoire. Nous étions poussées par des forces, par exemple l'université. Nous avons souffert de mépris à cause de notre questionnement. L'égalité est une affaire de dignité au même titre que les droits égaux.

Ce questionnement fut une source de force pour ma survie. Un esprit de rébellion, une affirmation du plaisir de vivre à l'extérieur des limites strictes qui nous demandent d'appeler « fou » tout ce qui est différent.

Je vais vous dire ce que j'ai appris de Davis Oaks de *Support Coalition International*¹ : « **normal** » est un réglage sur votre sècheuse!

Mon chemin dans ma jeunesse fut un chemin de réalisation personnelle, validé par mes expériences, en lisant entre autres Rollo May qui avançait l'idée que la guérison et l'intégration reposent dans la voie de la créativité.

Ceci est ma division avec la psychiatrie. Leurs traitements et leurs pilules m'ont été donnés pour améliorer ma conformité. Un principe de base de la psychiatrie est que nous nous conformons aux valeurs dominantes et à un stéréotype susmentionné du féminisme.

Ma première expérience avec la psychiatrie s'est produite quand j'avais 20 ans. J'étais une étudiante de première année à l'Université Concordia. Je suis allée consulter un conseiller en orientation parce que je ne réussissais pas bien dans mes

¹ Une coalition cruciale pour la psychiatrie, basée aux États-Unis

études. Durant l'entrevue, j'ai manifesté mon chagrin en lien avec mes premiers parents qui avaient pris mon enfant. Je fus amenée rapidement à l'urgence, interviewée et critiquée par d'autres internes qui prescrivait du Valium. Mon chagrin fut médicalisé et résolu en le contrôlant par des pilules.

Ceci m'a lancée sur la route pour résoudre mon inexactitude, qui était profondément incrustée, et mon but était de le voir, de le déraciner et de résoudre ma propre énigme. Ce qui m'a aussi amenée en psychiatrie, était ma division interne entre ma voie de réalisation personnelle et ma forte attraction envers un homme qui était abusif. Des forces inconscientes travaillaient. Pour faire une histoire courte, je me suis enfuie – mon frère m'a amenée voir un psychiatre qui m'a donné une prescription de Valium. Des forces inconscientes sont entrées en collision. J'ai fait une overdose. Je suis entrée en psychiatrie avec une étiquette de jolie réaction schizophrénique. J'ai subi des électrochocs pour contrôler ma dépression – le procédé a effacé le souvenir des abus que j'avais subis et j'ai retourné quelques adorables lettres à mon abuseur – et il est venu me chercher.

J'ai été en psychiatrie de 1973 à 1989. Mon principal problème était que j'ai été contrôlée et déformée par Fang (mon conjoint à l'époque) et ceci a été renforcé par la violence. Tout ce temps, je m'effondrais plus ou moins régulièrement tous les 18 mois. Quand j'ai dénoncé l'injustice que je vivais, ceci a été vu comme si je me plaignais en lien avec un échec à l'ajustement. Le docteur M. a dit : « Il y a toujours une troisième personne ici quand nous nous rencontrons. » Quelques années plus tard, quand j'ai quitté définitivement mon conjoint après plusieurs tentatives (qui étaient perçues comme des fugues), le docteur D. a dit : « Tu aurais dû me consulter, tu aurais dû rester. Ça aurait forgé ton caractère. » Comme mes plaintes n'étaient pas importantes, la faute était la mienne.

Toute déviation du rôle féminin spécifié est considérée comme une maladie mentale. En effet, les comportements typiquement féminins, comme être en contact avec les sentiments de quelqu'un, sont définis comme une maladie mentale. La psychiatrie a mis Fang dans le rôle du gardien. Fang était responsable d'administrer mes médicaments.

Ce rôle n'a jamais été questionné. Moi, la victime, j'étais folle ; lui l'abuseur, était sain d'esprit. Ils ont défini la réalité et démenti mes vérités intérieures. Les tentatives de divulguer les abus furent réduites à des désillusions. J'ai cru que mes « symptômes » collaient avec l'expérience d'être isolée et féroce abusée à tous les niveaux. La psychiatrie isole notre réalité et le contexte de nos comportements, et étiquette nos symptômes comme étant aberrants. Ces jugements sont passés, comme ils ont été originalement déplacés par ce qui n'est pas dit : le mélange des messages et du langage corporel.

La folie n'est pas un choix, c'est une résistance existentielle à la demande intenable d'être schizo pour transporter bêtement la haine et la démence de son mari. Elle est la dernière opposition pour se protéger à l'intérieur de nous-mêmes ce qu'on tient comme étant nos vérités, que quelqu'un refuse de nous permettre d'étreindre. C'est aussi un processus de guérison – pas une maladie qui peut être stoppée par des traitements et des pilules – mais dans mon expérience, une quête innée, sacrée dans laquelle l'inconscient avise l'être avec des informations symboliques pour nous mener à une entité.

La psychiatrie a confirmé ma position schizoïde, d'être divisée entre l'hébergement des richesses de ma vie intérieure et le conformisme de la réalité d'un conjoint manipulateur et abusif dont l'autorité était complètement validée par le système patriarcal. J'étais désespérée parce que le mariage était loin d'être ce que je pensais qu'il serait.

Les traitements et l'hospitalisation m'ont permis de fonctionner malgré ma déchirure interne et malgré mes tentatives de réalisation personnelle dans ma vie de potière. L'hôpital où j'étais régulièrement internée était un refuge contre la violence. Après m'être « dégelée » d'être muette et mentalement surchargée, j'allais me faire couper les cheveux, je me procurais des vêtements féminins et j'exhibais un sourire et une nouvelle robe. Les infirmières étaient, en règle générale, compatissantes et me soutenaient, mais étaient limitées par le protocole de l'hôpital, par un manque de personnel et de ressources, et par leur propre image de ce qu'une femme et une épouse devaient être. On me donnait un peu de latitude, parce que j'étais une artiste : on m'avait étiquetée « bohémienne », ce qui voulait dire que j'étais différente au point de n'être plus acceptable.

J'ai découvert la psychosynthèse comme alternative à la psychiatrie. Rosemary Sullivan m'a montré avec douceur comment comprendre les racines de mon mal. Je me suis engagée sur la longue route de la guérison : apprendre, accepter et transformer l'expérience d'une victime d'inceste verbal et psychologique, ce qui m'a amené à être attirée par un partenaire violent; comprendre que je ne peux pas être responsable ou avoir le contrôle sur les forces sociales qui ont un impact sur moi, mais lutter contre ces forces stratégiquement, individuellement ou collectivement. J'ai construit avec soin autour de

moi des ressources et des relations qui m'ont soutenue, moi et mes enfants. Après plusieurs années et avec beaucoup d'efforts, je suis parvenue à avoir une certaine qualité de vie, à une quête pour trouver le plaisir de vivre.

Dans une formation appelée « L'autre côté de la pilule », donnée par Céline Cyr, j'ai réalisé que malgré mes meilleurs efforts, j'ai été trahie par la psychiatrie. J'ai demandé à voir mon dossier et j'ai demandé un nouveau psychiatre. J'avais un plan : je me suis présentée avec mon CV et deux lettres de référence, la première d'Action Plus, un organisme qui défend les droits des assistés sociaux pour lequel j'ai œuvré, la deuxième de l'organisme Le Phare où j'ai été militante en santé mentale. J'avais aussi avec moi le livre du docteur Peter R. Breggin qui s'intitulait *Your drug may be your problem* (Votre médicament pourrait être votre problème), qui nous indique la marche à suivre pour éliminer les pilules. Le docteur T. a trouvé que je faisais une demande raisonnable. Ce fut une victoire pour moi.

Par ailleurs, quand j'ai arrêté de prendre mes médicaments, je me suis plainte du fait que je pensais être en manque. Elle a répondu : « Non, vous êtes la même femme que j'ai vue par le passé. Vous avez une personnalité énergique. »
FINALEMENT!

Je suis devenue une militante en santé mentale. Être en contact avec d'autres survivants m'a permis de me réapproprier ma réalité en psychiatrie, d'écrire sur mes expériences et de partager. J'ai obtenu un contrat avec le CDDM, qui m'offre du travail satisfaisant et qui m'offre des opportunités de formation et de réunion.

Alors, j'écris, je peins à l'occasion, j'ai adopté sérieusement la cuisine. Je suis une formation en Personnalité Ressource Humaine pour devenir psychothérapeute.

J'ai appris à lâcher prise. J'ai été dans l'antichambre. J'ai été nourrie par ma foi, laquelle est la fondation de l'espoir et de l'amour.

En conclusion, je citerai Peter R. Breggin : « Ce qui est nécessaire est une transformation des institutions et des valeurs autres que le pouvoir et le contrôle envers la richesse des personnes et de la terre elle-même.

ÊTRE OU NE PAS ÊTRE THÉRAPEUTE

Synthèse critique

Suzanne Lamarre, psychiatre

*Suzanne Lamarre est médecin-psychiatre et chef du service d'urgence psychiatrique à l'hôpital St-Mary's. Elle est présidente de l'Association internationale d'urgence psychiatrique et présidera le prochain congrès qui se tiendra à Montréal en 2005. Elle souhaite y inscrire la **victimisation secondaire** au programme. Dre Lamarre est aussi assistante-professeure au département de psychiatrie de l'université McGill et consultante au centre d'accueil Marcelle Ferron, où elle fait partie du comité sur la violence qui vise entre autres à installer un code de vie dans le centre d'accueil comme moyen de prévention de la violence. Elle a été entre autres coauteure du chapitre « Femmes et psychiatrie » dans la première édition de Psychiatrie clinique : approche biopsychosociale et de « La maladie mentale : un problème culturel ? » dans la revue Santé mentale au Québec. Elle a récemment publié dans les éditions Lescop, un livre intitulé Aider sans nuire : de la victimisation à la coopération.*

Introduction

Étant psychiatre, je me sens touchée par ce dont il a été discuté dans les conférences précédentes, car j'ai pu aussi poser des actes nuisibles. J'ai écrit le livre *Aider sans nuire : de la victimisation à la coopération* pour tenter de cerner comment ne pas nuire tout en aidant quelque peu. Je suis maintenant convaincue que le principal partenaire du psychiatre est la patiente et son entourage et que le psychiatre doit en premier lieu établir et maintenir des liens de respect avec ses partenaires pour ne pas nuire avec ses traitements.

Hier, en révisant mon exposé, j'ai pris conscience que la problématique de la victimisation secondaire avait été au centre de mes préoccupations de psychiatre depuis très longtemps. J'ai écrit avec une collègue psychiatre, Herta Guttman, en 1987 « Femmes et psychiatrie », un chapitre faisant partie du volume que l'on donne aux résidents en formation (*Psychiatrie clinique : approche biopsychosociale*). J'avais pour ma part mis beaucoup l'accent sur la victimisation des femmes dans ce texte. Lors que la dernière réédition de ce volume, l'éditeur ne nous a pas redemandé de réviser notre texte. Il a plutôt commandé un texte sur les problèmes d'identité sexuelle. À cette époque, je n'avais pas la conviction nécessaire pour aller voir les auteurs du livre et leur dire qu'un chapitre sur la victimisation était nécessaire. Je craignais qu'un tel titre ait pu nous entraîner dans des voies à éviter comme celles de définir la femme comme une personne à protéger sans pouvoir mettre l'accent sur les contextes de victimisation. Or, ce matin, j'ai réalisé l'importance de la revictimisation en psychiatrie. C'est ce qui m'avait frappée lorsque je suis entrée en psychiatrie et en mettant l'accent sur la revictimisation nous pouvons sensibiliser les intervenants à leurs attitudes et comportements qui font plus de tort que de bien malgré leurs aspirations à aider.

Historique de l'identité des femmes en psychiatrie

Quand je suis arrivée, en 1966 en résidence en psychiatrie, j'ai été surprise par la prévalence des théories freudiennes fondées uniquement sur la sexualité. Je viens d'une grosse famille (j'étais 7^e dans une famille de 11 enfants) dans laquelle les garçons et les filles étaient élevés de la même façon. Par conséquent, lorsque l'on me parlait de l'envie du pénis, je ne comprenais pas ce que cela voulait dire exactement. On disait aussi que la femme trouvait son identité avec le choix de son conjoint. Je ne croyais pas non plus que mon conjoint puisse me donner mon identité. Lorsque j'ai reçu ma première patiente que je devais traiter selon les concepts psychanalytiques, je l'ai présentée à mon superviseur. Il a aussitôt déclaré « Ce n'est qu'une hystérique ! ». C'est alors qu'a commencé pour de bon mon schisme avec la psychiatrie traditionnelle. Je devais découvrir ce qui n'allait pas dans l'approche enseignée et en quoi consisterait une approche scientifique qui nous permettrait de travailler en partenariat avec le patient et que ce dernier apprenne aussi à vivre en partenariat avec les

siens. Je voulais éviter que mon patient devienne mon protégé pour l'aider à ne plus être une victime des siens sans blâmer personne. En 1970, Broverman et Broverman publièrent la célèbre étude sur le double standard. Ils avaient demandé à un groupe de 79 personnes « Quelle est pour vous la description d'une femme normale, d'un être humain normal, et d'un homme normal ? » Leur hypothèse était que la description d'une femme normale ne correspondrait pas à la description d'un humain normal, mais la description de l'homme y correspondrait. C'est en effet ce qui est ressorti de l'étude : l'existence d'un double standard. Être une femme réussie ne voulait pas du tout dire être un être humain réussi. Par la suite, Carol Gilligan, auteure très populaire la décennie 1970, parla de la façon dont les femmes étaient différentes des hommes : elles se développaient en tissant des liens avec les autres et non pas, comme les hommes, en faisant des choses. Cela créait une tout autre morale des femmes et expliquait, par exemple, pourquoi Freud trouvait les femmes amORALES : elles ne parvenaient pas à se limiter aux règles dans leurs évaluations des comportements ou dans leurs prises de décision, elles nuançaient leurs jugements en y apportant l'éclairage des contextes. Par la suite, il y a eu le féminisme. J'ai été membre de l'Association américaine des psychiatres et dès mes premières années de résidence, je pouvais à peine croire ce que j'y entendais tellement les femmes américaines m'apparaissaient braves et audacieuses. Cela m'a vraiment poussée à oser penser différemment tout en faisant partie d'un groupe qui cherchait à trouver d'autres façons de comprendre. Il y a eu aussi une période où l'on cherchait à démontrer que les femmes étaient victimes des hommes incluant des hommes thérapeutes. Or, cette discussion bat encore son plein. Dans La Presse de cette semaine, par exemple, deux articles présentent des points de vue complètement opposés. Dans la lettre primée de la semaine du 4 mai, *Au nom de la raison*, une personne traitée il y a 10 ans pour schizophrénie affirme qu'elle ne prend plus de médicaments et décrit comment elle avait été maltraitée par un psychiatre masculin. À l'autre extrême, Claude Piché, dans son article *Les femmes, l'université et le marché du travail* décrivait la situation actuelle où les femmes prenaient toutes les places dans les centres d'éducation universitaires. Nous pouvons donc nous poser la question : « Qu'est-ce qui est spécifique aux femmes dans la problématique de l'abus ? »

L'analyse différenciée selon les sexes et le travail du thérapeute

Quand je rencontre dans ma pratique un homme qui a des troubles de santé mentale et qui pose des gestes incestueux, qui a abusé ou qui pourrait abuser ses enfants, il est très important pour moi de m'entendre avec lui sur certaines valeurs. Je lui pose donc ces questions :

- Venez-vous chercher de l'aide pour pouvoir voir à vos besoins autrement qu'en abusant ?
- Comment ferez-vous pour ne plus être une victime et ne plus faire de victime et sortir pour de bon de ces patterns abusifs ?

Selon moi, en ce qui concerne l'abus, il est très important de considérer que femmes et hommes peuvent être des victimes et qu'il y a surtout des patterns communs que les thérapeutes peuvent aider à transformer.

Je crois qu'une personne qui revit son passé de victime lorsqu'elle est en détresse agit comme une personne en train de se noyer : le thérapeute doit s'en protéger tout en l'aidant à se sauver pour, finalement lui apprendre à nager. C'est toute une valse que de ne pas laisser tomber la personne en raison de ses comportements agressifs et déstabilisants et lui apprendre à se protéger de nous comme nous d'elle pour pouvoir s'entendre sur un plan commun d'action. La clef est dans la position relationnelle que l'expert prend pour amener la victime et son entourage à découvrir leurs compétences et à s'approprier leurs choix en rapport avec leurs conséquences. Ne plus se soumettre au destin, mais apprendre à faire des choix par calcul de risques, c'est une nouvelle culture dans les affaires interpersonnelles tant pour les hommes que pour les femmes.

Kathleen Whipp a parlé ce matin de la régression pathogène en milieu hospitalier ou en thérapie. Si l'on veut éviter cette régression qui entraîne des risques de rejet, donc de victimisation secondaire, il est important de proposer un suivi externe dès la première visite aux urgences. Selon moi, un service d'urgence n'est pas complet sans son service intégré de crise. Si l'on veut réduire le temps d'hospitalisation tout en favorisant la réadaptation du sujet, une équipe de crises doit faire partie de l'équipe d'urgence ou bien les équipes externes doivent être rapidement disponibles. Rares sont les urgences au Québec comme dans le reste de l'Occident qui ont un accès immédiat aux équipes thérapeutiques externes d'où des hospitalisations qui durent trop longtemps en créant de fausses attentes et qui provoquent des symptômes fort difficiles à maîtriser.

Ce qui affecte le plus le personnel et l'atmosphère d'un département de psychiatrie, c'est le suicide d'un patient ou d'une patiente. Lorsqu'un de nos patients se suicide à sa sortie de l'hôpital ou dans les semaines qui suivent sa sortie, un silence se fait dans le département. On n'accuse pas ouvertement, mais la dernière personne qui l'a vu est discrètement pointée du doigt. Pourtant, il s'est déjà installé dans l'unité d'hospitalisation toutes les conditions pour amener le sujet à en finir.

La personne peut faire des menaces de suicide pour obtenir une attention dont elle a besoin et le personnel qui se sent contrôlé tente d'ignorer à la fois les menaces et les besoins derrière ces menaces. D'où les tentatives fréquentes à la sortie de l'hôpital lorsque la relation de confiance ne s'est pas installée.

Un thérapeute qui réagit comme dans le cas de Véronique Fantetti s'est certainement senti déstabilisé lorsqu'elle s'est ouverte à lui. Il faut que le thérapeute apprenne à gérer les problèmes à partir de ses propres vulnérabilités et se laisser informer par son impuissance à aider. Pour ma part, je sais que je ne peux pas aider un orphelin ou un rejeté. Je ne peux que travailler avec la personne à réorganiser un réseau de personnel selon de nouvelles règles et à dénouer le processus de rejet. Dans le cas de Véronique Fantetti, c'est son frère en effet qui l'a aidée. On se permet de juger les familles plutôt que de les aider à rétablir des liens dans un rapport de respect de l'autonomie et de la vulnérabilité de chacun. Pour aider le patient et son entourage, les thérapeutes doivent travailler en équipe pour s'impliquer honnêtement dans le processus de réorganisation des rapports interpersonnels et de traitement. La thérapie doit être un choix et non le principal levier de changement. Il est important de faire des liens et d'avoir un réseau qui nous permet de nous entraider dans une recherche constante de rééquilibre. C'est lorsque la thérapie devient une obligation de survie que la pression monte. Il faut s'entendre avec les personnes venant chercher de l'aide, que nos services sont toujours disponibles, et que si elles ne sont pas satisfaites, il est toujours possible d'en parler. Il ne faut pas que la thérapie devienne ce que Véronique a connu : des gens qui voulaient la traiter à tout prix. Je veux donner à la victime le pouvoir des règles; je veux qu'elle n'aille nulle part sans être consciente des règles du respect, de l'autonomie et de la vulnérabilité de chacun. Je veux qu'elle ait le pouvoir de proposer ces règles partout où elle évoluera et miser sur sa mobilité pour se protéger plutôt que de se soumettre à des règles non respectueuses de son autonomie et de sa vulnérabilité.

Recommandations thérapeutiques

- Nous devons développer la mentalité du contrat thérapeutique pour clarifier les attentes et les limites des traitements spécifiques et pour déterminer les contextes relationnels et organisationnels dans lesquels ces traitements seront administrés. Par exemple, une demande urgente de soins ne signifie plus que nous continuions à traiter seulement dans un esprit d'urgence. Nous devons rapidement nous entendre sur les besoins de la victime, de son entourage et les possibilités de traitements dans un contexte de coopération rendant les communications faciles entre tous les protagonistes, patiente, son entourage et les équipes traitantes.
- Les thérapeutes devraient maîtriser l'art d'installer des contextes de coopération entre tous les acteurs. En effet, les thérapeutes ne peuvent plus se maintenir seulement dans un rôle d'expert, mais doivent apprendre à assumer leur leadership selon le proverbe chinois : si le leader part, il n'y a pas de panique, car les membres savent quoi faire et comment se réorganiser dans des situations d'impasse.

Recommandations politiques

- Des groupes d'hommes et de femmes séparés pendant la thérapie sont à considérer, mais il est aussi urgent de donner de la formation aux intervenants pour les familiariser aux rencontres de couple et de familles.
- Le personnel des unités d'hospitalisations doit être sensibilisé aux peurs des patients envers les autres patients et aux régressions défavorables entraînées par le contexte de l'unité et l'incommunicabilité verbale qui en résulte.
- Le débriefing après contention et isolement est nécessaire. Il faudrait toujours, après une mise en contention ou en isolement, réfléchir avec le patient sur les alternatives possibles aux mesures de contrôle.
- Actuellement, les victimes des intervenants en psychiatrie sont tenues de prouver à l'ombudsman qu'elles ont été maltraitées. C'est la continuation du processus de victimisation. Afin de pallier à ceci, nous devrions développer une mentalité de coopération, de participation. La patiente comme le thérapeute ne devraient plus attendre d'avoir des preuves objectives d'abus. Selon le contrat ou le cadre thérapeutique même, on applique la règle de respect de l'autonomie et de la vulnérabilité de chacun en informant rapidement l'autre de ses limites ou de ce qui a pu blesser. Si l'autre ne comprend pas, les deux parties devraient avoir accès à un tiers pour rappeler la règle afin que les protagonistes puissent se réorganiser. Le recours unilatéral à l'ombudsman rend la reprise du rapport de confiance virtuellement impossible.
- Habituellement, les victimes en demande de soins sont classées dans les diagnostics de troubles de la personnalité. On aurait avantage à parler de victimes d'abus du passé pour orienter l'intervention sur le développement des compétences à se protéger des autres sans s'isoler ni faire de victimes. On ne parlerait plus seulement de traitements

psychiatriques, mais de l'acquisition de nouvelles valeurs fondées sur le respect de l'autonomie et de la vulnérabilité de chacun tant dans l'entourage de la victime que dans les équipes traitantes.

Questions et commentaires

Question : Je suis étudiante à l'université et j'ai le désir d'aider mes prochains, car je crois qu'il y a beaucoup à faire avec le stress post-traumatique et la victimisation secondaire. Après ma deuxième année d'université, on m'a donné un stage dans un centre de crise. J'ai des professeurs très compétents et j'ai confiance en eux. Or, dans mes livres et au cours ma formation, je n'ai reçu d'information sur la victimisation secondaire et du stress post-traumatique qu'une définition que j'ai trouvée dans le glossaire d'un livre. Comment pourrait-on arriver à changer la formation à l'université ?

Réponse de madame Lamarre : J'avais l'impression que l'on parlait de plus en plus du stress post-traumatique, dans les colloques, par exemple. Mais il n'est pas clair pour les professeurs des départements de psychiatrie comment aborder cette problématique. Par exemple, j'ai une collègue qui fait de la recherche sur les états de stress post-traumatique et elle est obligée de placer des annonces dans le journal pour avoir des sujets. Je ne comprends pas pourquoi nous sommes obligés de faire des recherches de patients en dehors du département de psychiatrie ! Je crois que le stress post-traumatique est devenu à la mode dans les départements, mais on ne le diagnostique pas encore chez nos patients.

Commentaire : Beaucoup de choses m'ont fait réagir dans votre présentation. La première est l'utilisation du mot *patient/patiente*. Ce mot réfère à un certain nombre de valeurs, d'attitudes et de positionnements. La deuxième chose est l'aspect biopsychosocial : j'ajouterais à ce concept la dimension politique. Dans ce que l'on considère comme des problèmes de santé mentale, il y a beaucoup d'enjeux politiques qui ne se retrouvent pas seulement chez l'individu, mais qui sont présents dans les rapports de pouvoirs organisés socialement. Aussi, lorsque vous avez mentionné que vous étiez étonnée par le comportement des quatre personnes empoignant madame Fantetti, j'ai été moi-même surprise de votre étonnement; en côtoyant les groupes de défenses de droits en santé mentale, on sait que ce genre de pratiques n'est pas rare. Finalement, vous avez parlé de la peur du thérapeute. Je crois qu'il faudrait aussi ajouter à ce sentiment le désir de contrôle, le refus de se remettre en question lorsque les patients posent des questions, et les préjugés, par exemple sur la définition d'une conduite acceptable, de la protection, de l'atteinte à la santé et du danger pour soi-même.

Réponse de madame Lamarre : Vous avez clarifié plusieurs points. Lorsque je parle de peur, je veux attirer l'attention sur le moyen de défense des humains de se protéger de leurs peurs en contrôlant l'autre. Je voulais aussi suggérer au patient de ne pas se présenter seul dans les urgences, car sa peur d'être rejeté pourra l'empêcher de parler clairement de ses besoins. Le psychiatre devrait en effet apprendre à faire appel au réseau du patient avec l'accord de ce dernier plutôt que de voir à contrôler les comportements de l'autre par des mesures déstabilisantes pour le patient. Voir à ses peurs, c'est de ne plus jamais être seul tant pour le thérapeute que pour le patient et d'apprendre à miser sur l'entraide. Finalement, l'utilisation du mot *patient* ne me dérange pas, car elle décrit une personne qui souffre; je crois qu'un psychiatre doit aider à alléger la souffrance. Peut-être que le mot *client/e* serait intéressant, mais il n'inclut pas la dimension souffrance.

Commentaire : Je crois qu'il faudrait éliminer certaines barrières à l'urgence. Ayant accompagné des gens, je sais que les barrières montent très rapidement à l'urgence. Souvent, on est tenu d'attendre calmement à la porte du bureau du psychiatre.

Commentaire : Je ne trouve pas que le mot client soit adéquat; pourquoi ne pas utiliser « Monsieur » et « Madame » comme le font les avocats ? Mais ma remarque principale concerne le diagnostic de stress post-traumatique. Je crains qu'il y ait une nouvelle mode et que l'on s'enlène vers un nouveau leurre. En effet, il y a autour de la construction du diagnostic de stress post-traumatique toute une histoire qui mérite beaucoup d'attention de la part des gens qui interviennent. Le résultat de ce diagnostic, c'est entre autres de cibler la personne comme étant responsable de ses propres réactions face à un stress et d'oublier toute l'histoire et le contexte derrière l'émergence du stress. Je crois que ce diagnostic est un nouveau leurre dont il faudrait se mettre en garde.

Réponse de madame Lamarre : Je ne sais pas vers où on s'en va avec le diagnostic de stress post-traumatique. Le premier symptôme est l'événement causal qui doit être hors de l'ordinaire pour les autres et non pour la victime nécessairement. Ceci pose certes un problème.

Bibliographie

Lamarre, S. et Guttman, H. « Femmes et psychiatrie » dans F. Gruneberg et P. Lalonde, *Psychiatrie clinique : approche biopsychosociale*, Ed. Gaëtan Morin, Montréal, 1987.

Lamarre, S. « Les femmes et la maladie mentale – un problème culturel? » *Santé mentale au Québec*, 4 :2, pp 53-63, 1979.

Lamarre, S. *Aider sans nuire : de la victimisation à la coopération*, Lescop, Montréal, 1998.

Broverman et Broverman, 1970, « Sex Role Stereotypes and Clinical Judgment of Mental Health », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 34, p 1-7, 1998.

Gilligan, C. “In a different voice : Women’s Conceptions of Self and Morality”, *Harvard Educational Review*, vol. 47, no 4, 1977.

SOUFFRANCE SOCIALE ET VICTIMISATION INSTITUTIONNELLE

Louise Blais

Louise Blais est professeure à l'Université d'Ottawa et chercheure dans l'équipe Érasme. Elle détient un doctorat en sciences humaines appliquées de l'Université de Montréal. Elle est l'auteure, entre autres, de Pauvreté et santé mentale au féminin : l'étrangère à nos portes.

Une jeune femme de dix-sept ans est admise en psychiatrie en état de psychose fulgurante. D'une fragilité extrême, un dedans qui se donne à voir comme morcelé, éclaté, implosé. Des paroles décousues, la plupart incompréhensibles. Des sons qui s'éteignent dans l'indicible. Au fil des heures et des jours, dans le désordre et la répétition, des mots se dégagent et frappent l'imaginaire : couteau, attachée au bureau, j'ai quatorze ans, pieds nus, neige, et d'autres. C'est la mère qui éventuellement complétera les phrases dans ce qui deviendra son propre aveu sur une histoire douloureuse qui se passe en famille. Le père, profession libérale de son état, ce qui ne correspond pas aux idées reçues sur le sujet, qui violera la fillette à partir de l'âge de quatorze ans. Elle peut bien dire qu'elle n'a que quatorze ans, la vie s'étant à quelque part arrêtée là. Elle aura tenté la fuite, les deux frères ayant réussi la leur, pieds nus dans la neige, pour être ramenée et attachée à un bureau de bois massif, elle qui ne faisait pas plus de 45 kilos. La mère qui, dans sa peur d'un mari violent, garde le couteau de cuisine sous l'oreiller du lit conjugal. S'étonnera-t-on de l'effet de cassure que tant de violence risquerait un jour de provoquer ? Quelques jours après l'admission, les psychiatres rendront leur jugement : par l'entremise du résident en chef, jeune homme brillant assumant fièrement l'autorité dont il est investi, à un petit auditoire d'internes et autres professionnels, il décrit les symptômes observés en fonction des critères de diagnostic officiels : comportementaux, cognitifs, physiques, leur durée, leur gravité. Il explique ce qui est défectueux chez cette jeune femme, désormais schizophrène, en psychose profonde, au pronostic sans grand espoir, pour qui les neuroleptiques puissants se présentent comme traitement de choix, gardant en réserve le recours à une série d'électrochocs. À la question qui lui est posée concernant l'histoire tout en fragment de cette jeune femme, de la part de ce contexte lourd dans la genèse d'une souffrance qui n'a plus d'issue que la psychose, il bascule un bref instant dans le doute, ses repères momentanément secoués, pour aussitôt retrouver sa stature et de répondre du haut de son savoir expert et de l'immensité du pouvoir symbolique et institutionnel sur lequel repose ce savoir : « Mais ça n'a rien à voir ». Cette histoire illustre de manière forte, il me semble, le thème de ce colloque sur la victimisation secondaire et pose la question de savoir comment, socialement, collectivement, on en est arrivé à construire un savoir à ce point objectif que des événements peu banals dans la vie d'une gamine et dans l'évolution de son rapport à elle-même et au monde sont ainsi rendus au silence. Dans des recherches que j'ai effectuées auprès d'hommes et de femmes qui ont eu une trajectoire psychiatrique qui s'échelonnait sur de nombreuses années, chaque histoire est singulière, mais un thème frappe d'emblée, émergent comme l'envers du « ça n'a rien à voir » : les phénomènes du souffrir qui les avaient amenés aux institutions d'aide n'ont pu, ou su, y trouver écho ou entendeur. C'est une voix polyphonique qui rendra compte d'une sorte de fin de non-recevoir, de l'invalidation de mots, qu'on cherchait tant bien que mal pour exprimer les maux, les manques, la souffrance qui ne se nomme pas nécessairement comme telle, mais que les moments de débordement ou de crise donnent à voir. Je vais citer trois extraits d'entrevue, dont les témoignages de mesdames Fantetti et Mauncote sont la copie conforme.

1^{er} témoignage

« Quand on a un enfant, on ne se repose pas tellement. Comment est-ce qu'on va manger, payer ci, payer ça. Quand les comptes ne se payaient pas, c'était le huissier qui était à la porte pis qui venait reprendre les meubles. Et là, j'en ai vu de toutes les couleurs. Et puis les enfants se sont succédé, et les chirurgies. Ça fait que le corps est épuisé, mais la tête dit « moi j'en peux plus ». Une dépression physique, ça s'échelonne de jour en jour et de saison en saison, pis d'enfant en enfant, pis tsé, de Noël en Noël. J'ai été hospitalisée à la suite d'une chirurgie parce que je ne m'en remettais pas, parce que j'étais trop épuisée, et pis quand on arrive à l'urgence, parce que moi j'suis saigneuse (sic), pis qu'ils nous envoient

en psychiatrie parce que tu dis « j'vas mourir si vous me laissez aller comme ça », c'est comme si on a l'impression qu'on déparle, parce qu'on répète la même chose. Mais pendant des années, jusqu'à ce que je vienne à bout de faire fermer ce dossier, la minute que j'étais malade physiquement, en entrant à l'urgence, automatiquement ils m'envoyaient en psychiatrie. »

2^e témoignage

« Un diagnostic psychiatrique a réduit mes expériences de vie. Cela a limité ma vie, m'a empêché de me réaliser à mon plein potentiel. Je me suis détachée à cause d'un sentiment d'infériorité et de l'impression que je n'avais rien à donner. Le problème avec les diagnostics, c'est qu'ils ont tendance à être limitant, à classer, et ne servent qu'à vous traiter comme une maladie plutôt que comme une personne. Dès que je suis entrée dans le bureau de ce psychiatre [la femme avait 24 ans], ma vie fut changée en moins de temps que cela en prend pour cligner des yeux. Cinquante minutes et il m'a diagnostiquée comme maniaque-dépressive, a déclaré que je ne marierais jamais, que je n'aurais jamais d'enfants et que je ne mènerais jamais une vie normale. C'était un diagnostic très oppressif : il m'a totalement submergé. Le moi qui existait avant de rencontrer cet homme s'est réfugié sous une carapace, un trou, et est presque mort. »

3^e témoignage

« Une crise, c'est cinq ou six affaires en même temps, ou une chose avec beaucoup de ramifications. Le système de santé et de services sociaux aime les solutions faciles, rapides. Ils disent : « Ton problème, c'est qu'il y a trop de problèmes. On ne peut pas arranger ça, c'est trop. » C'est comme si on disait qu'il n'y a pas d'espoir. J'ai appris que quand tu fais un délire, tu le dis pas, tu le laisses passer. Aujourd'hui, quand je suis malade, je ne le dis à personne. J'ai appris à être très discrète et à me taire. »

Alors patientez avec moi, je vais vous emmener en voyage théorique sur la notion de la souffrance sociale. C'est un des phénomènes de cette époque complexe qu'un dispositif technique et scientifique, extrêmement raffiné, puisse à la fois minutieusement documenter les manques, les problèmes, les vulnérabilités, tout en faisant des individus et groupes ainsi marqués, des êtres différents, des étrangers insondables et méconnus. Les manques se multiplient à l'infini, chacun ayant son diagnostic spécialisé, sans que l'on puisse bien saisir en quoi ces manques sont faits. C'est comme une roue qui tourne dans le vide et qui contribue à donner à ces temps l'air trouble de l'impuissance. On peut dire avec un certain nombre d'auteurs comme Arthur Kleinman, David Morris et d'autres, que le langage moderne pour désigner les manques, les vulnérabilités, les souffrances, en est venu à ne plus rien dire (*has become meaningless*). « Il ne donne plus, disait Ivan Illich, une image qui se veut réaliste, mais un enchevêtrement de courbes, de probabilités organisées en profil, qui sert de critères objectifs pour déterminer les besoins en fonction d'un nombre croissant de paramètres financiers. » On peut alors raisonnablement se demander si l'emprise des savoirs experts dans la désignation des manques et vulnérabilités ne représente pas l'un des rouages de la crise de la représentation politique et du déficit démocratique plus large. Les modes dominants de diagnostic tendent à aseptiser l'expérience de la souffrance, à réduire ses manifestations à des registres de sens et d'action relevant davantage de la gestion des populations assistées. Ces études s'enracinent, de plus en plus d'ailleurs, dans une perspective biologique qui a fait reculer les interprétations sociologiques de l'expérience, des vulnérabilités et des problèmes en les faisant correspondre à un schéma déjà préétabli et de plus en plus étendu dans ses différences internes et ses applications externes, voire globalisantes. Du reste, on peut parler du stress post-traumatique autant ici à Montréal qu'à Tombouctou ou au Viêt-Nam ; c'est d'ailleurs un des objectifs du DSM de pouvoir être utilisé dans le monde entier. En réduisant une souffrance qui se vit dans le champ socioculturel et la vie de tous les jours à des diagnostics de la biopsychopathologie, on l'inscrit dans l'ordre professionnel et administratif relevant d'un savoir expert et spécialisé. Ce décalage entre l'univers professionnel et celui des usagers (patients, malades, clients, monsieur ou madame) traduit une difficulté fondamentale des institutions d'aide et de soins dans les sociétés hyperplanifiées où les pratiques professionnelles et institutionnelles laissent peu de place aux significations multiples complexes, voire contradictoires du souffrir. La transformation de problèmes humains et sociaux en pathologies individuelles qui seront pris en charge par un dispositif expert s'accompagne d'une perte de sens et un silence sur le contexte toujours social et culturel, qui organise pourtant la vie au quotidien et le rapport à soi et à autrui. En résulte un pouvoir relatif du côté des savoirs experts, laissant au rouleau compresseur le modèle biopathologique, de plus en plus technique, le pouvoir sur l'univers symbolique, pour désigner un ensemble toujours plus grand de problèmes humains et sociaux. L'effort pour injecter un surplus de sens aux savoirs experts n'est pourtant pas sans difficultés, dont celle de l'étalement des misères du monde, sorte d'intimité publique, pouvant être encore plus dévastateur dans ses effets sur le plan identitaire et les représentations qui en émergeraient. Arthur Kleinman et ses collègues se sont attardés à analyser cette appropriation professionnelle de la souffrance qui transforme les conditions sociales, familiales, économiques et politiques en réalités médicales et professionnelles sous forme de pathologie. Dans nos sociétés hyper rationnelles, soutiennent-ils, on ne tient pas compte des modèles explicatifs

renvoyant diverses manifestations de la souffrance à l'univers socioculturel. Seuls importent les symptômes individuels perceptibles pour l'expert ou le professionnel, et dont l'individu est lui-même responsable. En résistant à l'expérience de la souffrance, le langage scientifique et professionnel transforme non seulement notre façon d'y répondre, il entraîne également des répercussions sur son expérience même. Les gens apprennent à la marginaliser ou à la taire, réduisant ainsi ses significations morales, culturelles et politiques. Parler de la souffrance n'est pas sans pièges, dont notamment celui de ne pas savoir qui de la personne parlante ou de la personne parlée souffre vraiment, tant il est vrai que devant son expression, on est toujours appelé à répondre, à réagir, à choisir soit la reconnaître, soit l'éviter, ce qui est encore une manière d'y répondre. Elle ne se prête pas facilement à une définition étanche et claire, puisqu'il existe une pluralité de philosophies de la souffrance, selon les croyances, les valeurs, les cultures. Elle s'avère aussi réfractaire à la catégorisation de cause qui relève de champs distincts, tantôt moraux, tantôt politiques, médicaux ou autre, donc très complexe. Par ailleurs, en l'absence de repères ou de classification diagnostique (et c'est un peu un peu le point embêtant que Suzanne Lamarre a identifié tout à l'heure dans la discussion sur le stress post-traumatique), la question est de savoir comment éviter de se trouver devant une litanie interminable de mots pour désigner les maux. Alors, comment représenter la souffrance sociale ? Jusqu'où aller dans la description de détails misérables ? Dans quel état ou sous quelle lumière faut-il montrer les personnes atteintes de maladies ou de handicap ou victimes de violence ou d'injustice, sans pour autant les réduire à des corps à ce point meurtri et affligé que nous détournions le regard ? En effet (et je me réfère entre autres à Luc Boltanski qui a écrit un merveilleux livre qui s'appelle *La souffrance à distance*), un tableau qui pousse trop loin la description réaliste de détails horribles devient réducteur en ce sens qu'il qualifie entièrement la personne par la souffrance qui l'afflige. Il est clair qu'un discours sur la souffrance peut, avec les meilleures intentions du monde, en arriver à caricaturer et à banaliser des situations par ailleurs insoutenables, et pires, servir d'outil de manipulation pour des fins politiques, religieuses, médiatiques ou autres (et on le voit tous les jours).

L'effort consiste donc à dépasser le cadre restrictif qu'est la description de crimes, d'atrocités, de désastres de guerre, d'injustice, de maladies ou de handicaps pour en arriver à une formulation plus éclairée de l'expérience de la souffrance, qui est aussi et toujours un malaise social. On peut concevoir comme une expérience sociale de diverses manières. D'une part, dans la manière dont les modes collectifs de l'expérience légitiment ou invalident les perceptions et les expressions de la souffrance selon les époques ou les cultures. À titre d'exemple, on peut penser ici à la violence faite aux femmes, dont l'expression de la souffrance qu'elle entraîne n'est pas toujours et partout légitimée. Ensuite, la souffrance est sociale dans la mesure où les relations à soi et à autrui sont toujours au cœur de l'expérience de la souffrance. Kleinman et ses collègues définissent la souffrance comme une indication d'un aspect universel de l'expérience humaine dans laquelle les individus et les groupes subissent et portent des fardeaux, des humiliations et des blessures au corps et à l'esprit. **La souffrance sociale**, proposent-ils, est issue des conséquences de la guerre, de la famine, de la maladie, de la torture et autres violences, domestique incluse, c'est-à-dire que tout un assemblage de problèmes qui sont **la conséquence des effets du pouvoir politique, économique et institutionnel sur les gens**.

Nous avons entendu parler du pouvoir de la psychiatrie et son rôle dans la création de la souffrance. Il ne s'agit pas de nier le caractère intime et bien réel de la souffrance, mais plutôt de faire porter la réflexion sur la souffrance à partir du manque au niveau du lien social et de la vulnérabilité en termes d'inscription relationnelle et institutionnelle provenant d'un contexte extrêmement contraignant pour les gens qui sont porteurs d'une différence. Plusieurs auteurs l'ont montré, la médiatisation de la souffrance, les images de la faim extrême ou des violences inouïes que l'on peut visualiser à partir de nos salons, peuvent avoir l'effet à la fois de nous donner bonne conscience (on écoute, on emphatise, etc.) et de nous désensibiliser. À force de trop voir ou entendre, on finit par être un peu vacciné, indifférent, impuissant, tenant ainsi à distance la souffrance de l'autre. La question est alors de savoir comment donner corps à la souffrance, sans descendre dans le détail qui met en spectacle la souffrance à travers des êtres humiliés et dépendants, victimes toujours passives, sans dignités, toujours en position de faiblesse et de demande d'aide, bref, jamais des acteurs, producteurs de sens et d'agir. L'expérience de la détresse fait partie de la condition humaine, tout comme la quête de dignité dans l'effort de la transcender ou de se transcender. Plutôt que de participer à sa normalisation ou à sa pathologisation, il s'agirait de chercher à humaniser son expérience ou sa représentation. La règle consiste essentiellement à ne pas montrer les autres comme on ne voudrait pas être montré, soi-même. Une remarque avant de conclure : concernant la nécessité d'un espace public, donc politique, pour l'expression de la souffrance. À ce titre, il faut souligner le rôle du mouvement des femmes d'avoir porté sur la place publique le problème lié à la violence familiale et la violence faite aux femmes, forçant ainsi le débat sur les règles du jeu du vivre ensemble. La même chose peut être dite du mouvement des psychiatrisés, dont un collectif comme celui de la défense des droits constitue un lieu où, à partir de paroles singulières, une parole collective se construit pour être portée sur la place publique de manière à mettre en cause les règles du jeu qui perpétuent la violence à travers ses institutions dites « d'aide ». Ces perspectives d'analyse nous amènent à plaider pour un retour aux frontières de l'ordinaire et du quotidien dans la recherche et les pratiques institutionnelles. Ceci implique l'ouverture sur les histoires

des gens, car ce sont des histoires qui permettent de contextualiser des variables par ailleurs difficilement saisissables. C'est avec des histoires que l'on pense — et que l'on pense — individuellement et collectivement. Mettre en mots l'expérience est une manière de l'organiser, action éthique à travers laquelle les gens souffrant d'une grande vulnérabilité négocient le remodelage ou la reconstruction de leur vie. De là, l'importance d'une éthique de la narration qui s'appuie sur trois concepts largement négligés, sinon absents de la littérature scientifique : l'émotion, le dialogue et la quotidienneté.

L'émotion est une matière brute de l'existence. Tous les grands événements qui jalonnent l'histoire d'une vie et d'une collectivité sont imprégnés d'émotion, les joyeuses comme les tristes. Ne pas en tenir compte est ce qui rend les savoirs experts « meaningless », c'est-à-dire qui n'ont pas de sens. Il y a en effet urgence à surmonter les préjugés scientifiques et professionnels à l'endroit de l'émotion.

Le dialogue, pour sa part, est une affaire de tous les jours impliquant la trace de l'autre, d'où l'importance d'être attentif à la dimension sociale du langage contenue dans le dialogue. Ce dernier suppose de porter attention non seulement à ce qui est entendu, mais surtout à ce qui est dit. La capacité d'adapter la perspective de l'autre, de tolérer l'ambiguïté et de reconnaître les significations multiples et souvent contradictoires des événements constitue autant d'habiletés conduisant à une compréhension plus juste de l'expérience de sa vulnérabilité.

Enfin, une philosophie de l'ordinaire exige que l'on se détache de la « science mégawatt » qui sert à justifier un dispositif de recherche et d'intervention lourd et technique. Morris propose plutôt que l'on se concentre collectivement sur l'irréductible nature ordinaire et quotidienne de toute vie humaine. Sa philosophie du langage ordinaire fait donc appel à la reconstruction du quotidien, à l'engagement dans la vie de tous les jours que le savoir expert a tendance à occulter. C'est dans la vie collective que les individus cherchent à comprendre les expériences éprouvantes, dont celle d'une identité disqualifiante, et à s'engager dans le processus de réparation et de restitution d'un statut d'acteur et de sujet.

Pour qu'il y ait légitimation de la souffrance, non seulement au niveau social et culturel, mais aussi au plan personnel et dans la relation d'aide, il faut se détacher de l'emprise du savoir expert et accorder une toute aussi grande valeur aux sens multiples de l'expression de la souffrance ainsi qu'à sa signification sociale, culturelle et spirituelle. D'où l'importance, voire la nécessité, de créer un autre récit capable de mobiliser la compassion comme geste de guérison et comme fondement du vivre ensemble. Dans ce sens, la solidarité est à penser comme la capacité de voir les différences de sexe, de race, d'ethnies, de statut, de langue, de coutumes, de croyances, de religion comme étant sans importance à comparer aux ressemblances des réactions humaines face à l'humiliation.

Bibliographie

Blais, L. et Mulligan-Roy, L. « Incapacité mentale et incapacités sociales ». *Reflets, Revue ontarioise d'intervention sociale et communautaire*, (1998) 4 (2), p. 87-106, 1998.

Blais, L., Mulligan-Roy, L. et Camirand, C. « Un chien dans un jeu de quilles. Le mouvement des psychiatisés et la politique de santé mentale communautaire en Ontario ». *Revue canadienne de politiques sociales*, 42, p.15-36, 1998.

Boltanski, L. *La souffrance à distance : morale humanitaire, médias et politique*. Paris, Éditions Métailié, Diffusion Seuil, 1993.

Bourdieu, P. (dir.) *La misère du monde*. Paris, Éditions du Seuil, c1993.

Boudon, R. et Bouricaud, F. *Dictionnaire critique de la sociologie*. Paris, Presses universitaires de France, 1986.

Caputo, J. *On Not Knowing Who We Are*; In J. CAPUTO et M. YOUNT (Eds.), *Foucault and the Critique of Institutions*. Philadelphia, Pennsylvania State University Press, 1993.

Castel, R. *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris, Fayard, 1995.

Cavell, S. « Comments on Veena Das's Essays "Language and Body : Transactions in the Construction of Pain" ». In A. Kleinman, V. DAS et M. LOCK (dir.). *Social Suffering*, p. 93-98. Berkeley, University of California Press, 1997.

Corin, E. « La “tache aveugle” des pratiques de santé mentale. La difficulté de penser la relativité culturelle de nos modèles de référence ». *Santé, Culture, Health*, 6 (3), p. 285-308, 1989.

Das, V. « Language and Body : Transactions in the Construction of Pain ». In A. Kleinman, V. DAS et M. LOCK (dir.), *Social Suffering*, p. 67-91. Berkeley, University of California Press, 1997.

Fassin, D. *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*. Paris, Presses universitaires de France, c1996.

Foucault, M. *Dits et écrits 1954-1988*. Vol. III, Paris : Gallimard, 1994.

Kleinman, A. *Writing at the Margin : Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley, University of California Press, 1995.

Kleinman, A., V. Das et M. Lock. *Social Suffering*. Berkeley, University of California Press, 1997.

Kleinman, A. et J. Kleinman « The Appeal of Experience; The Dismay of Images : Cultural Appropriations of Suffering in Our Times. In A. KLEINMAN, V. DAS et M. LOCK (dir.), *Social Suffering*, p.1-25. Berkeley, University of California Press, 1997.

LeBreton, D. *Anthropologie du corps et modernité*. Paris, Presses universitaires de France, 1998.

Morris, D.B. *The Culture of Pain*. Berkeley, University of California Press, c1991.

Ricoeur, P. *Soi-même comme un autre*, Paris, Ed. Du Seuil, 1990.

Ricoeur, P. « La souffrance n'est pas la douleur ». *Autrement*, 142: 58-69, 1994.

Schwarcz, V. « The Pane of Sorrow : Public Uses of Personal Grief in Modern China ». In A. KLEINMAN, V. DAS et M. LOCK (dir.), *Social Suffering*, p.119-148. Berkeley: University of California Press, 1997.

Singleton, M. « Du leurre de la douleur ». *Autrement*, 142, p.152-161, 1994.

Zola, I. *The social construct of suffering*. In P. STARK & J. MCGOVERN (Eds.), *The Hidden Dimension of Illness: Human Suffering*, p.11-23. New York : National League for Nursing Press, 1992.

LE DÉFI DE L'ARRIMAGE ENTRE TROIS POLITIQUES MINISTÉRIELLES

Première partie : Nicole Gravel

Madame Nicole Gravel exposera la stratégie d'action en santé et bien-être des femmes. D'abord engagée dans le mouvement étudiant dans des activités féministes en tant qu'enseignante, elle a poursuivi ses activités pour améliorer les conditions de vie des femmes en présidant des comités syndicaux de condition féminine et en s'impliquant dans des activités de sensibilisation, d'éducation et de défense des droits. Depuis dix ans, elle travaille au sein du Gouvernement du Québec et coordonne actuellement les activités de Condition féminine au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Avant de vous parler des objectifs en santé et bien-être des femmes, j'aimerais faire un petit historique. En 1979, un poste de répondante en condition féminine a été créé au ministère de la Santé et des Services sociaux. En 1982, la première équipe de condition féminine naissait et à partir de 1985, des plans d'action ont été élaborés pour améliorer la santé et le bien-être des femmes. Améliorer la santé et le bien-être des femmes, c'est travailler longtemps, beaucoup, très fort et patiemment. Ça signifie aussi changer des mentalités, des valeurs, des attitudes, des pratiques, des façons de faire. Cela ne se fait pas en deux minutes, ni en deux ans, et l'équipe actuelle en condition féminine continue à travailler en ce sens. Le document que je vous présente est le dernier document du Ministère sur la santé et le bien-être des femmes, préparé par cette équipe. Il est destiné aux Régies régionales de la Santé et des Services sociaux qui sont responsables d'organiser les services, mais c'est également un document qui peut être utile aux groupes de femmes pour revendiquer auprès des Régies des services pour répondre à leurs besoins. Je conseille à tout le monde de l'utiliser.

Les objectifs du Ministère en santé et bien-être des femmes.

Le document expose trois objectifs à atteindre jusqu'en 2009 et deux stratégies d'actions qui permettront de concrétiser ces objectifs. La première stratégie couvre 2002 à 2006 et sera évaluée à partir de 2005 afin de réarticuler la stratégie de 2006 à 2009.

Le premier objectif vise à **intégrer les besoins des femmes à la planification régionale des soins et des services**. Actuellement, il est difficile de retrouver, dans une planification régionale, les services et les activités spécifiques pour répondre aux besoins des femmes. Pour réussir cette intégration, il faut travailler avec un outil : l'analyse différenciée selon les sexes. Cette analyse nous permet de déterminer les besoins spécifiques des femmes et des hommes, en s'appuyant sur le contexte politique, économique, familial qui influencent les conditions de vie ainsi que les rôles sociaux qu'ils sont appelés à jouer. En ce qui nous concerne, nous regardons plus spécifiquement les conditions de vie des femmes et tout ce qui influence leurs besoins puisqu'il est connu, par exemple, que les hommes et les femmes réagissent différemment face aux différents événements vécus. Le premier objectif vise à ce que les personnes qui planifient les services tiennent compte de l'analyse différenciée selon les sexes pour que les services répondent aux besoins réels. Le Ministère assurera un suivi des planifications régionales ; nous nous sommes donné la mission de voir ce qui se passe dans chacune des régions du Québec. Il faut aussi identifier les stratégies qui sont efficaces pour favoriser la participation des femmes à la planification des différentes activités régionales et locales et notamment à celle des soins et services. Il faut que les femmes puissent envahir ces différents lieux de pouvoir pour changer les choses. Il faut aussi viser une égalité des femmes en santé, car elles ne sont pas toutes égales face aux services de santé. Pensons aux femmes qui vivent dans des régions éloignées du Québec ou encore, à celles qui font partie d'une minorité visible ou celles réfugiées au Québec ou celles immigrées. Pensons aussi aux femmes autochtones et aux personnes qui ont des limitations fonctionnelles. Il faut voir les besoins de ces femmes et adapter les services pour elles. Je pense, par exemple, aux services de planification des naissances qui sont peu accessibles aux femmes handicapées ; c'est la même chose en périnatalité où il y a des défis

immenses à relever pour soutenir adéquatement ces femmes. Il faut aussi comprendre les besoins des femmes en tenant compte de leur orientation sexuelle. Il faut donc inculquer des changements d'attitudes et de valeurs dans le réseau des soins et services. Les femmes qui vivent en situation de pauvreté sont également particulièrement vulnérables et les différentes politiques se préoccupent souvent trop peu d'elles. Ces clientèles sont ciblées plus spécifiquement afin de s'assurer que des services leur soient disponibles dans leur région.

Le deuxième objectif concerne l'**adaptation des services aux besoins spécifiques des femmes**. Nous aurions pu toucher à l'ensemble des soins et services, mais nous avons fait des choix afin de cibler ceux plus problématiques ou encore plus utilisés par les femmes. La première problématique est celle du vieillissement de la population : les femmes vivent plus longtemps avec une limitation fonctionnelle pendant trop d'années. Il faut regarder de façon particulière les services à donner à ces femmes et la façon de prévenir les incapacités dues au vieillissement. En périnatalité, il y a encore énormément de travail à faire, entre autres, en prévention des problèmes de santé pendant la grossesse. On pense ici au *programme Naître égaux – Grandir en santé*, qui vient en aide aux femmes en difficulté ou qui sont vulnérables. Le dossier des sages-femmes est aussi important afin de permettre aux femmes d'avoir une grossesse qui leur ressemble davantage. Les sages-femmes doivent avoir accès à différents lieux de naissance : hôpital, maison de naissance et aussi à domicile. On se préoccupe également des congés précoces en périnatalité : les femmes quittent très tôt l'hôpital après l'accouchement sans toujours avoir accès à des services lorsqu'elles retournent à la maison. Il faut donc voir ce que font les CLSC et certains CH pour répondre à leurs besoins. Finalement, toute la politique de périnatalité doit être mise à jour par le Ministère au cours des prochaines années. Malgré le fait que le dossier de la planification des naissances est traité depuis fort longtemps par les femmes, il reste encore beaucoup à faire : la promotion et la prévention notamment par la promotion des rapports égaux entre les hommes et les femmes, en ciblant les premières relations amoureuses chez les jeunes. Il faut que les jeunes filles apprennent et puissent réussir à négocier avec leur partenaire une prévention efficace. Il faut aussi des services spécifiques pour les jeunes et l'accessibilité à la pilule contraceptive d'urgence sans prescription médicale. Cette mesure est amorcée, mais non complétée dans toutes les pharmacies du Québec. Pour les grossesses non planifiées, il faut travailler sur un support à la prise de décision qui respecte les femmes, leur intégrité et leur droit à décider pleinement de ce qu'elles veulent. Il faut aussi la consolidation des services d'interruption volontaire de grossesse. Présentement, il y a des services de premier trimestre dans toutes les régions du Québec qui doivent être complétés. Il faut aussi finaliser la mise en place des services de deuxième trimestre dans trois régions du Québec. Nous voulons aussi mettre en place un système de données statistiques qui nous permettra de voir ce qui se passe ainsi qu'un portrait des pratiques en matière d'interruption de grossesse afin de vérifier comment les gens interviennent.

Le deuxième objectif aborde aussi les agressions sexuelles et la violence conjugale. En violence conjugale, nous sommes à élaborer un deuxième plan interministériel d'intervention. Pour les agressions sexuelles, nous poursuivons la mise en œuvre des orientations ; ce dont madame Auger vous entretiendra tantôt. Jusqu'à maintenant, certains dossiers étaient peu touchés en condition féminine : par exemple celui de la prostitution. Nous tentons d'avoir des services spécifiques pour les femmes qui vivent d'activités sexuelles, notamment en MTS/SIDA, mais nous travaillons aussi sur les problèmes d'agressions sexuelles et de violence conjugale vécus par ces femmes. En santé physique, trois éléments sont ciblés dans cet objectif : les maladies cardiovasculaires, les cancers (dont le cancer du poumon, un problème grandissant chez les femmes, et le dépistage du cancer du sein). Un autre dossier que nous considérons comme très important : l'image corporelle des femmes, qui affecte la santé physique et la santé mentale, est abordée dans le document. Pour ce qui est des habitudes de vie, les dossiers touchés sont le tabagisme, la toxicomanie et la sédentarité. Des politiques existent déjà pour les deux premiers dossiers. Nous devons nous assurer que leur mise en œuvre tiendra compte des besoins des femmes. En sédentarité, c'est un nouveau dossier qui doit absolument être traité en tenant compte des réalités des femmes. Par exemple, lorsqu'on me dit qu'une femme qui vient d'accoucher cesse d'être active physiquement, je sais que c'est faux. J'ai déjà eu un bébé, et je sais que pousser le carrosse demande des efforts physiques ! Lorsqu'on fait des politiques, il est important de tenir compte du rôle social traditionnellement attribué aux femmes. En santé mentale, deux mesures sont très importantes : premièrement avoir des indicateurs sexués pour voir comment la transformation des services en santé mentale a atterri. Nous n'avons pas, présentement, d'indicateurs sexués et nous ne savons donc pas ce qui se passe à cet égard. Finalement, un outil d'acquisition de compétences pour le personnel intervenant en santé mentale va bientôt sortir. Il a été élaboré en tenant compte des différenciations selon les sexes.

Le dernier dossier que cet objectif traite est celui de l'évolution de la prestation des soins et services ; nous abordons les travailleuses du réseau et l'organisation des soins, mais aussi le soutien aux proches aidants. Il faut revoir tout le soutien aux femmes qui aident des personnes en perte d'autonomie, qui ont des problèmes de santé mentale ou qui sortent de l'hôpital. Le réseau est appelé à développer une gamme de services plus harmonisée dans chacun des territoires des

CLSC, un outil d'évaluation pour les proches aidantes et des services plus particuliers pour tenir compte des besoins des proches aidantes.

Le dernier objectif concerne **le développement des connaissances** dans les domaines suivants : les jeunes femmes, l'exploitation sexuelle, les alternatives à la médecine (notamment dans le dossier de la ménopause), la reproduction humaine et la génétique et finalement la santé des populations et l'environnement.

En conclusion je dirais que l'on doit travailler ensemble, pour les femmes et avec les femmes.

Bibliographie

Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Au féminin... à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministériels et stratégie d'action en santé et bien-être des femmes*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2002, 69 p.

Deuxième partie : Jeannine Auger

Madame Jeannine Auger est spécialisée en santé publique et en administration publique. Entre 1980 et 2000, elle a notamment travaillé à l'organisation, à la planification et à la programmation des services en santé physique et mentale au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux. Depuis septembre 2000, elle est responsable de la Direction de la coopération internationale et de la condition féminine.

La toile de fond de cette journée de conférences est « aider sans nuire ». Il est donc pertinent de vous parler des *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, car celles-ci apportent un support pour aider en étant certaines que cette aide ne sera pas une nuisance.

Les *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* ont été diffusées en 2001; un certain nombre d'actions a été réalisé, mais d'autres sont à venir. Ces orientations sont « gouvernementales » en ce sens que les agressions sexuelles ne sont pas uniquement un domaine où seul le ministère de la Santé et des Services sociaux peut intervenir et a des responsabilités. Il est certain que le réseau de la santé et des services sociaux intervient beaucoup auprès des victimes d'agression sexuelle. D'autres partenaires, comme le ministère de la Justice ou celui de la Sécurité publique, ont également énormément d'importance dans le suivi judiciaire et dans la prise de décision par rapport au dévoilement des agressions sexuelles. Le ministère de l'Éducation a aussi un rôle à jouer, afin d'éduquer les jeunes sur les conséquences des agressions sexuelles. Si l'ensemble des institutions concernées ne font pas bien leur travail, elles apporteront un nouveau fardeau aux victimes cherchant de l'aide.

Le plan d'action lié aux orientations compte 59 actions. Il a été élaboré par différents acteurs, incluant des porte-parole des groupes de femmes. Le grand défi de ce plan est de s'assurer qu'un grand nombre d'intervenants soit sensibilisé et habilités pour intervenir de façon cohérente et adéquate. Les victimes peuvent se présenter à plusieurs endroits pour demander de l'aide; il n'y a pas qu'une seule porte où les femmes peuvent aller frapper. Elles font appel au 911, aux postes de police, aux CLSC et aux salles d'urgence. Les milieux scolaires et communautaires, en particulier les groupes de femmes comme les CALACS et les maisons pour femmes victimes de violence, sont aussi impliqués.

D'un point de vue structurel, les 59 actions qui découlent des orientations sont attribuées à des ministères (ou à des organismes, comme les régies régionales) et chacun d'eux a le mandat de rendre des comptes sur leur capacité de les actualiser. Au niveau régional, on retrouve des tables de concertation qui sont responsables de la complémentarité entre les intervenants des différents milieux. Pour l'ensemble du Québec, le suivi de la mise en œuvre de ces orientations

revient à un comité interministériel en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle, composé de représentants des différents ministères concernés.

Les orientations se basent sur 12 principes directeurs tels le respect et l'intégrité physique et psychologique. Le plan d'action vise l'application de ces principes directeurs et assure qu'ils sont respectés. Ce plan s'appuie sur quatre grands axes d'intervention :

Premier axe : La promotion de valeurs fondamentales

Les moyens prévus sont multiples. D'abord, des campagnes de communication que l'on peut voir à la télé, au cinéma ou dans des revues. Ces campagnes visent à promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes, puisque la violence envers les femmes et, en particulier, les agressions sexuelles sont souvent reliées à un rapport de pouvoir inégalitaire et dominateur. Nous pensons qu'une des façons de lutter contre la violence et les agressions sexuelles est de promouvoir une attitude égalitaire entre les hommes et les femmes via des campagnes d'information et divers moyens de sensibilisation.

Deuxième axe : La prévention des agressions sexuelles

Nous croyons qu'il faut diminuer les contextes propices aux agressions. Beaucoup de travail se fait dans les écoles, car les agressions sexuelles auprès des enfants ont d'importantes répercussions sur l'ensemble de la vie. Des groupes communautaires appelés « Espace » ont le mandat, dans la plupart des régions du Québec, d'intervenir à l'école primaire pour habiliter les enfants à détecter et à dénoncer les agressions sexuelles.

Troisième axe : Le dépistage en matière d'agression sexuelle

Les moyens proposés pour le dépistage sont d'abord de construire une solide concertation entre les intervenants. Pour faire un dépistage efficace, il faut que les acteurs du réseau puissent se parler et qu'ils soient formés. Quand on pense au dépistage, on pense souvent au dépistage des victimes. Or, il y a aussi le dépistage d'agresseurs qui peut se faire pour éviter les récidives. Par ailleurs, certains aspects éthiques sont reliés au dépistage ; celui-ci doit être respectueux de la volonté des individus. Un dépistage trop agressif pourrait faire en sorte d'inciter les victimes à taire l'agression. Il faut respecter le rythme des gens et quand ils sont prêts, ils se confient. Il ne faut pas que les activités de dépistage les y obligent. Évidemment, il y a des obligations notamment à l'égard des mineurs. Dans ces cas, un professionnel se doit de rapporter tout acte d'agression. Le dépistage d'adolescents perçus comme potentiellement agresseurs par la DPJ, les écoles, les professeurs ou les psychologues, est aussi obligatoire. La concertation des intervenants est donc importante pour éviter que les gens, les victimes comme les agresseurs, se retrouvent sans suivi adéquat et cohérent.

Quatrième axe : L'intervention psychosociale, médicale, judiciaire et correctionnelle

La journée d'aujourd'hui nous a fait voir que la formation est indispensable, quel que soit le milieu où on intervient. Pour intervenir adéquatement, plusieurs formations se donnent et vont continuer à se donner.

En conclusion, j'énoncerais trois conditions de réussite pour la mise en application des orientations : la concertation intersectorielle (gouvernementale, régionale et locale, sur le terrain), une formation adaptée aux différents intervenants associés à un système d'information efficace ainsi que la recherche et l'évaluation pour apporter des solutions plus adaptées aux réalités des gens qui en ont besoin.

Bibliographie

Ministère de la Santé et des Services Sociaux, et autres. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, sous la responsabilité du Comité interministériel de coordination en matière de violence conjugale, familiale et sexuelle, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, 2001, 90 p.

Troisième partie: Josée Lepage

Madame Josée Lepage est conseillère au programme et responsable du dossier de la contention au Ministère de la santé et des services sociaux. Elle y travaille depuis 2000, année où elle a terminé sa maîtrise en travail social à l'Université Laval.

Je vous présente aujourd'hui les orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle ainsi que le plan d'action qui ont été publiés en décembre 2002.

Le 1^{er} juin 1998, le Ministère se donnait l'obligation de prendre une position claire quant à l'utilisation des mesures de contrôle. En effet, dans le cadre des modifications apportées à la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'article 118.1 a été défini comme suit :

« La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne.

Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures. »

Pour répondre à cet article de loi, le ministère de la Santé et des Services sociaux a mis sur pied un comité consultatif ayant pour mandat de fournir son avis, ses commentaires et son appréciation sur les éléments à inclure dans les orientations ministérielles. Le comité était composé de personnes représentant quinze différents organismes du réseau ainsi que du secteur communautaire. Par la suite, les orientations ministérielles et l'actualisation des objectifs préconisés par les orientations ont été élaborées par l'équipe ministérielle.

Les orientations ministérielles et le plan d'action relatifs à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle (contention, isolement et substances chimiques) ont été rendus publics le 20 décembre 2002 après une consultation auprès du Curateur public, du Protecteur du citoyen, du Protecteur des usagers, de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse et du Collège des médecins. S'adressant à tous les établissements offrant des services aux personnes pouvant un jour ou l'autre être touchées par ces mesures, ces orientations **visent une réduction maximale de l'utilisation des mesures de contrôle** et proposent, pour y arriver, une philosophie d'intervention centrée sur la personne et sa famille et sur l'utilisation de mesures de remplacement. Ces orientations définissent d'abord les trois types de mesures de contrôle comme étant :

Contention: Mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap.

Isolement: Mesure de contrôle qui consiste à confiner une personne dans un lieu, pour un temps déterminé, d'où elle ne peut sortir librement.

Substances chimiques: Mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne en lui administrant un médicament.

Elles définissent ensuite six principes directeurs qui stipulent que les substances chimiques, la contention et l'isolement sont utilisés:

- **uniquement comme mesures de sécurité,**
- **en dernier recours seulement,**
- **en choisissant la mesure la moins contraignante,**
- **dans le respect, la dignité et la sécurité,**
- **dans le respect des protocoles,**
- **en faisant l'objet d'évaluation et de suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements.**

Le plan d'action vise essentiellement trois grands objectifs (1. S'assurer de l'appropriation des orientations ministérielles sur l'utilisation des mesures de contrôle nommées dans l'article 118.1 de la LSSSS; 2. Encadrer l'utilisation de ces mesures; 3. Mesurer l'impact des orientations ministérielles sur l'utilisation qui est faite des mesures de contrôle) et propose des actions concrètes visant la réalisation de ces objectifs. Les actions proposées sont les suivantes :

- 1. Nomination d'un répondant régional ;**
- 2. Diffusion des orientations ministérielles ;**
- 3. Assurer une formation adéquate dans le réseau ;**
- 4. Présentation des orientations et du plan d'action aux représentants du ministère de la Famille et de l'Enfance ainsi qu'au ministère de l'Éducation ;**
- 5. Adoption d'un protocole d'utilisation des mesures de contrôle dans chacun des établissements ;**
- 6. Mise en place d'un mécanisme de suivi ;**
- 7. Réalisation de travaux pour baliser la notion de substance chimique en tant que mesure de contrôle ;**
- 8. Élaboration de normes pour la certification du matériel de contention ;**
- 9. Élaboration et implantation d'un outil standardisé de collecte de données ;**
- 10. Évaluation de l'impact sur une base longitudinale (sur cinq ans).**

Depuis la publication des orientations ministérielles et du plan d'action, plusieurs présentations ont été faites afin de faire connaître ces orientations ministérielles. Plusieurs autres actions prévues ont aussi été réalisées.

Tout d'abord, un répondant régional a été nommé dans chacune des régions régionales. La collaboration entre les différentes instances gouvernementales tant au plan provincial, régional que local est d'ailleurs le levier le plus important pour l'atteinte des objectifs des orientations ministérielles. Des sessions d'information et de sensibilisation sur les orientations, le plan d'action ainsi que l'élaboration des protocoles sont déjà en diffusion dans différentes régions. De plus, l'inventaire des formations existantes a été réalisé et permettra de déterminer les contenus de formation manquants ou ceux nécessitant une mise à jour.

En ce qui concerne les protocoles, les établissements procèdent actuellement à la mise à jour de ceux-ci et cette opération devrait se terminer bientôt. Quant aux travaux sur l'élaboration de lignes directrices pour baliser la notion de substances chimiques, ils sont présentement en cours. Pour ce qui est du cahier de directives pour la certification du matériel de contention, les travaux du comité sont terminés, un cahier de directives sera publié sous peu.

Il est à souhaiter que toutes les actions entreprises par les régions régionales, en collaboration avec les établissements, contribuent à la réalisation de l'objectif de réduction considérable de l'utilisation des mesures de contrôle mis de l'avant par les orientations ministérielles.

Bibliographie

Loi sur les services de santé et les services sociaux, Éditeur officiel du Québec, 2002, article 118.1 p.41-42
Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 27 pages.

Plan d'action Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : Contention, isolement et substances chimiques, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, 19 pages.