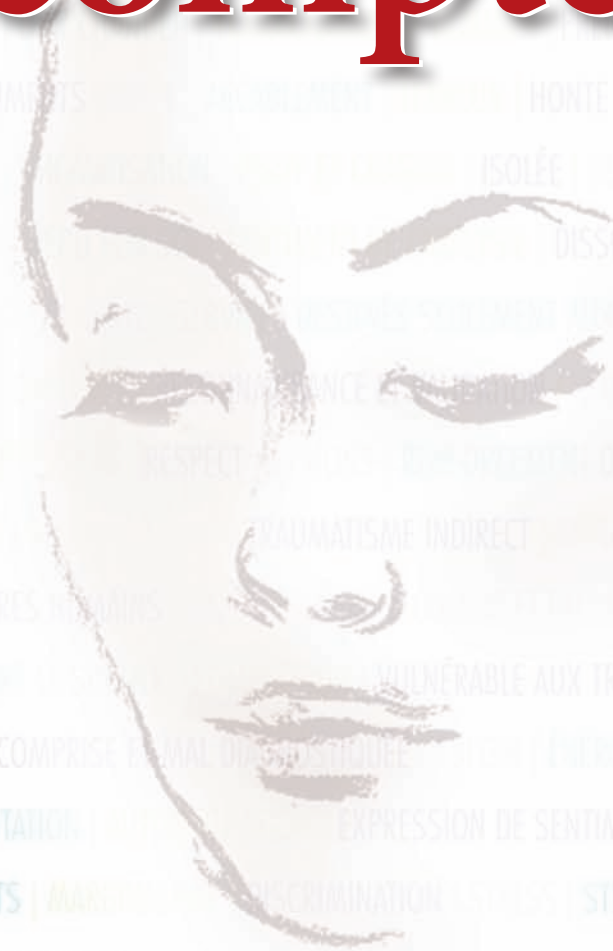


Les traumatismes, ça compte

2013 mars



Lignes directrices - Pratiques à adopter pour tenir compte des traumatismes vécus par les femmes consommatrices de substances

The Jean Tweed Centre



For Women & Their Families

LES TRAUMATISMES, ÇA COMPTE

**Lignes directrices - Pratiques à adopter pour
tenir compte des traumatismes vécus par les
femmes consommatrices de substances**

Mars 2013

Ce document est dédié à toutes les femmes qui ont partagé leur vécu avec nous. Merci de votre courage. Vous avez augmenté et enrichi nos connaissances et notre sagesse collectives. Votre force et votre persévérance continueront à nous inspirer et à orienter notre travail.

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes et organismes ont apporté des contributions importantes à ce document. Nous souhaitons remercier :

Les femmes qui nous ont fait part de leurs connaissances sur les traumatismes, la consommation de substances et le rétablissement – tant celles qui ont participé aux groupes de discussion que celles qui ont pris part aux nombreuses études qui ont contribué à la conception du présent document. Leur vécu et leurs forces, ainsi que la générosité dont elles ont fait preuve pour informer les fournisseurs et les fournisseuses de services, nous ont inspirées.

Les membres du Comité consultatif du projet – dont les commentaires, les connaissances et le dévouement ont considérablement contribué à la rédaction du présent document :

Heather Bullock, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Debbie Bang, St. Joseph's Healthcare Hamilton, Service de la toxicomanie des femmes

Nancy Bradley, Jean Tweed Centre

Gloria Chaim, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Robin Cuff, Service de la cour alternative de traitement de la toxicomanie à Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Julia Greenbaum, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Lucy Hume, Jean Tweed Centre

Kathryn Irwin-Seguín, Centre Iris de rétablissement pour femmes toxicomanes

Kathy Kilburn, Kilburn Health Systems Consulting

Danielle Layman-Pleet, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

Paul McGary, Mental Health and Addictions, Lakeridge Health

Pam McIntosh, House of Friendship

Jessica Penner, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Nandini Saxena, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Carol Wu, Amethyst Women's Addiction Centre

Les réviseurs de contenu – dont les rétroactions ont été d'une valeur inestimable :

Julia Bloomenfeld, Jean Tweed Centre

Julie Chamberlain, Sister Margaret Smith Centre

Karen French, Armée du Salut, Services d'aide à la toxicomanie Homestead

Pam Hill, Addiction Services of Thames Valley

Norma Jackson, Sister Margaret Smith Centre

Natalia Lysy-Trist, Sister Margaret Smith Centre

Leigh MacEwan, Université Laurentienne, École de service social

Nancy Poole, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes

Pirjo Smith, Sister Margaret Smith Centre

Paul Welsh (ainsi que le personnel), Rideauwood Addiction and Family Services

Tammy Rasmussen, Jean Tweed Centre

Les informateurs et informatrices clés – qui ont partagé leurs connaissances et leur expérience avec une grande générosité :

Le personnel du Jean Tweed Centre, pour son expertise considérable sur les services qui tiennent compte des traumatismes et qui ciblent spécifiquement les victimes de traumatismes.

Leigh MacEwan, Ph. D., École de service social de l'Université Laurentienne, pour sa collaboration à la rédaction du chapitre 7, sur la relation thérapeutique.

Sandra-Lynn Coulter, coordonnatrice provinciale du projet sur le dépistage des femmes ontariennes victimes de violence, directrice de programmes, London Abused Women's Centre, pour nous avoir fait bénéficier de ses conseils avisés sur le dépistage et l'évaluation.

Norma Jackson, directrice des programmes en résidence et en clinique, Sister Margaret Smith Centre, pour ses commentaires d'informatrice clé et ses exemples de stratégies sur la sécurité dans les milieux de services s'adressant aux femmes et aux hommes.

Les rédactrices et les chercheures – pour leur engagement et le travail exceptionnel de recherche et d'élaboration des lignes directrices, ainsi que de rédaction du présent document. Nous aimerions aussi remercier le personnel de Gates Consulting Inc. (Janine Gates, Wendy Reynolds, Lucy Van Wyk et Jennifer Amos).

Traduction française: Annie Bourret, avec la collaboration d'Angélique Bernard, de Lynda Bolduc et de Sandra Pronovost

Le présent document est disponible dans les sites Web suivants :

www.jeantweed.com

www.eenet.ca

www.ofcmhap.on.ca

Production du présent document

La réalisation du présent document a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

L'élaboration des lignes directrices a été gérée et dirigée par le Jean Tweed Centre, que la subvention versée par le Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie de Santé Canada désignait à titre d'organisme directeur.

Les demandes de renseignements doivent être adressées au :

Jean Tweed Centre

215, avenue Evans

Toronto (Ontario) M8Z 1J5

Téléphone : 416-255-7359

Télécopieur : 416-255-9021

www.jeantweed.com

Autres projets du Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie

En parallèle à ce projet, le Programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie (PSFTT) a également subventionné de nombreux autres projets qui ont pour objectif commun d'améliorer nos systèmes de traitement de la toxicomanie. Pour de plus amples renseignements à jour sur le présent projet ainsi que d'autres projets ontariens financés par le PSFTT, consultez le site www.eenet.ca

Also available in English.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 – À PROPOS DES LIGNES DIRECTRICES	4
Comment les lignes directrices contribueront-elles à améliorer les services pour les femmes?	4
Limitations de ce document	6
Organisation de ce document	6
Comment ces lignes directrices ont-elles été élaborées?	8
Comment les pratiques qui tiennent compte des traumatismes tireront-elles parti des forces du système?	8
Concepts clés du document	10
CHAPITRE 2 – LES CONCEPTS DE BASE : PRATIQUES TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES ET SERVICES SPÉCIFIQUES AUX TRAUMATISMES	13
Que sont les pratiques qui tiennent compte des traumatismes?	13
Quels sont les risques de ne pas connaître les répercussions des traumatismes?	14
Que sont les services spécifiques aux traumatismes?	15
Recoupements entre les pratiques qui tiennent compte des traumatismes et les services spécifiques aux traumatismes	18
Recourir à des pratiques qui tiennent compte des traumatismes avec chaque femme	18
CHAPITRE 3 – POURQUOI LES TRAUMATISMES SONT-ILS IMPORTANTS?	21
Qu’indique la recherche sur les traumatismes des femmes consommatrices de substances?	21
Que nous ont dit les femmes au sujet du système de services d’aide aux personnes consommatrices de substances de l’Ontario?	22
CHAPITRE 4 – À PROPOS DES TRAUMATISMES	30

Traumatismes et consommation de substances	30
Des répercussions ayant une longue portée	30
Tirer profit des forces des femmes qui ont vécu des traumatismes	33
Réduire les risques de la retraumatisation	34
Mettre la sécurité au premier plan	35
CHAPITRE 5 – UNE PERSPECTIVE MULTIDIMENSIONNELLE	39
Comprendre le contexte de la vie des femmes et en tenir compte	39
Diversité et inclusion	40
Approches antioppressives	42
Problèmes de santé mentale concomitants	43
CHAPITRE 6 – LES SERVICES DONT LES PRATIQUES TIENNENT COMPTE DES TRAUMATISMES VÉCUS	45
Qu’entend-on par des services d’aide tenant compte des traumatismes pour les personnes consommatrices de substances?	45
Base de connaissances tenant compte des traumatismes	46
Principes fondamentaux des pratiques de services tenant compte des traumatismes	48
Reconnaissance	49
Sécurité	53
Confiance	59
Choix et contrôle	63
Approches fondées sur la relation et la collaboration	66
Modalités du renforcement du pouvoir d’agir reposant sur les forces	69
Divulgateion – Lorsque les pratiques tenant compte des traumatismes exigent des compétences spécifiques aux traumatismes	79
Éléments déclencheurs – Ce qu’il faut faire	80
Dépistage systématique tenant compte des traumatismes	83
Maternage et relations familiales – Répercussions et pratiques émergentes	86

CHAPITRE 7 – LA RELATION THÉRAPEUTIQUE	93
Pratiques tenant compte des traumatismes et relation thérapeutique	93
Qu’est-ce que le transfert de sentiments?	96
Qu’est-ce que le contre-transfert?	96
Traumatisme indirect	97
Mesures que les organismes peuvent prendre pour réduire le risque de traumatisme indirect	98
Mesures que le personnel peut prendre pour réduire le risque de traumatisme indirect	100
CHAPITRE 8 – SOUTENIR LES COMPÉTENCES DU PERSONNEL	103
Compétences de base pour le personnel des services d’aide aux personnes consommatrices de substances	103
Former un personnel qui tient compte des traumatismes	105
Éducation et formation pour soutenir les compétences du personnel	106
Infrastructure clinique pour soutenir les compétences	107
CHAPITRE 9 – LES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES	112
Comment les pratiques tenant compte des traumatismes changent-elles la culture organisationnelle?	112
Soutien organisationnel pour les pratiques tenant compte des traumatismes	112
Miser sur une fondation solide	113
Leçons tirées d’autres services tenant compte des traumatismes	113
Utiliser les pratiques tenant compte des traumatismes avec le personnel	115
CHAPITRE 10 – LES LIENS AVEC D’AUTRES SERVICES ET SECTEURS	121
Les avantages de la collaboration et du partenariat	121
La collaboration et le partenariat renforcent les interventions qui tiennent compte des traumatismes vécus	122

Exemples de collaboration et de partenariat	122
CHAPITRE 11 – LES PRATIQUES QUI TIENNENT COMPTE DES TRAUMATISMES AU NIVEAU SYSTÉMIQUE	126
Le système de services de l’Ontario	126
Les preuves tangibles des répercussions positives	127
Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes vécus dans le système général des soins de santé	128
L’engagement envers un changement systémique	128
CHAPITRE 12 - INTRODUCTION AUX SERVICES SPÉCIFIQUES AUX TRAUMATISMES	130
Que sont les services spécifiques aux traumatismes?	130
Quelles mesures préliminaires un organisme devrait-il prendre?	131
Compétences du personnel	131
Quels facteurs exercent de l’influence sur les réactions traumatiques?	133
Qu’est-ce que l’état de stress post-traumatique (ESPT)?	133
Qu’est-ce que le traumatisme complexe?	133
Comment les services spécifiques aux traumatismes sont-ils dispensés?	135
Phases du rétablissement d’un traumatisme	136
Évaluation en vue des services spécifiques aux traumatismes	141
Étapes suivantes de la mise sur pied des services spécifiques aux traumatismes	143
ANNEXE A – RÉSUMÉ DES LIGNES DIRECTRICES	145
ANNEXE B – RÉFÉRENCES	158
ANNEXE C – MODÈLES POUR LES SERVICES SPÉCIFIQUES AUX TRAUMATISMES	164
ANNEXE D – RESSOURCES	168

Introduction

Les traumatismes, ça compte

« Durant le groupe, j'en suis venue à comprendre combien la consommation de substances et les traumatismes étaient interreliés. J'avais toujours essayé de résoudre l'un ou l'autre de ces problèmes. Après avoir travaillé sur mon propre traumatisme, je peux maintenant voir les répercussions que cela aura sur ma toxicomanie »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

La majorité des femmes qui ont des problèmes de consommation de substances ont vécu des traumatismes.¹

Les lignes directrices formulées dans le présent document portent expressément sur les problèmes concomitants des traumatismes et de la consommation de substances chez les femmes adultes.² Le document ne vise en aucune façon à minimiser ou à nier les conséquences des traumatismes vécus par les hommes, les enfants et les jeunes, ni le besoin de pratiques de services pertinentes pour toutes les personnes qui ont subi des traumatismes.

Les données probantes ont prouvé ce qui suit :

- Les traumatismes sont omniprésents chez les femmes qui consomment des substances.
- Les conséquences des traumatismes sont profondes et diverses. Souvent, elles peuvent bouleverser une vie.
- Les traumatismes et la consommation abusive de substances sont souvent des problèmes interreliés.
- Les témoignages et les connaissances des femmes qui ont « vécu ces expériences »³ fournissent des informations et des perspectives essentielles pour les pratiques tenant compte des traumatismes.
- Afin de commencer la démarche de leur rétablissement, les femmes ont besoin d'être et de se sentir en sécurité.

À la lumière de ces données probantes, les deux grands principes suivants ont été décisifs dans l'élaboration des lignes directrices :

- Les femmes ont le droit de s'attendre à ce que les services d'aide aux personnes consommatrices de substances soient dispensés dans des milieux sécuritaires permettant d'intervenir efficacement sur les interrelations entre les traumatismes et la consommation de substances.
- Les fournisseurs et fournisseuses de services d'aide aux personnes consommatrices de substances ont la responsabilité de recourir, dans le cadre de leur travail auprès des femmes ayant des problèmes de consommation de substances, à des pratiques sécuritaires, efficaces et respectueuses qui tiennent compte des traumatismes.

« Nous possédons des données convaincantes sur le fait que la consommation de substances chez les femmes est liée à leurs expériences de traumatisme et de violence. Et pourtant, les fournisseurs et fournisseuses de services, ainsi que les responsables de l'élaboration des politiques, n'ont pas toujours pris des mesures en fonction de ces associations reconnues. [Nous] sommes actuellement en train de trouver des façons d'intervenir, avec des politiques et des programmes qui comprennent des services d'aide ciblant ces deux problèmes. »⁴

Depuis plusieurs années, la recherche et la pratique clinique ont dégagé les impacts des traumatismes, ainsi que les interrelations entre les traumatismes et la consommation de substances chez les femmes. Les fournisseurs et fournisseuses de services d'aide aux personnes consommatrices de substances ont acquis

de meilleures connaissances sur la prévalence des traumatismes chez les femmes qu'ils et elles soutiennent, ainsi que les liens entre les traumatismes vécus et la consommation de substances.

Plusieurs fournisseurs et fournisseuses de services veulent mieux comprendre comment travailler avec plus d'efficacité avec les femmes qui ont (ou peuvent avoir) vécu des traumatismes. En Ontario, plusieurs de ces fournisseurs et fournisseuses qui aimeraient mettre en place des pratiques qui tiennent compte des traumatismes ont besoin de formation, d'outils et de ressources pour appuyer leurs efforts.⁵

« J'ai commencé à vraiment bien me rétablir [de la consommation de substances] lorsque j'ai fait des liens avec mon traumatisme. Avant, le traumatisme m'empêchait d'avancer. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Ce document présente de l'information fondamentale sur les pratiques qui tiennent compte des traumatismes.

Il présente des pratiques fondées sur des données probantes à l'intention de tous les organismes qui reçoivent des fonds des réseaux locaux d'intégration des services de santé visant à offrir des services d'aide aux femmes qui consomment des substances. Les lignes directrices devraient être suivies à tous les endroits où les femmes reçoivent de tels services, qu'il s'agisse de milieux de services mixtes ou réservés aux femmes, et pour tous les types de services d'aide (c.-à-d., traitement du sevrage, évaluation et aiguillage/liens, hébergement et services au sein de la communauté).

Ce document pourrait aussi être utile à un ensemble plus vaste de fournisseurs et fournisseuses dont les services se complètent.

Il peut aider les services de santé et des secteurs connexes à augmenter leurs connaissances et à approfondir leur compréhension des recoupements qui

existent entre les traumatismes et la consommation de substances, ainsi qu'à évaluer comment ils peuvent utiliser les pratiques qui tiennent compte des traumatismes dans leurs interventions auprès des femmes consommatrices de substances.

Il est important de noter ce qui suit :

Ce document est un point de départ pour la mise en œuvre de pratiques qui tiennent compte des traumatismes au sein du système ontarien d'aide aux personnes consommatrices de substances.

L'information qu'il présente ne remplace pas et ne diminue pas les besoins en matière de formation et de supervision clinique. Il ne vise pas à encourager les organismes ou leur personnel à élargir la gamme de leurs pratiques sans avoir préalablement obtenu la formation, les titres de compétences et les soutiens organisationnels appropriés.

Il existe déjà des lignes directrices sur les services adaptés aux femmes à l'intention des services d'aide aux personnes consommatrices de substances en Ontario.

Le document *Best Practices In Action: Guidelines And Criteria For Women's Substance Abuse Treatment Services*⁶ a été rédigé par un groupe de travail du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario en 2005. Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes s'appuient sur les services adaptés aux femmes que décrit ce document.

Ce document s'adresse au personnel et aux organismes qui possèdent déjà des compétences et de l'expertise dans le domaine des services d'aide aux femmes consommatrices de substances.

Les organismes qui ont recours à des pratiques qui tiennent compte des traumatismes devraient déjà fournir des services adaptés aux femmes, tels que définis dans le document *Best Practices in Action*.

Les services *spécifiques aux traumatismes* sont très différents des *pratiques qui tiennent compte des traumatismes*.

Ce document porte sur les pratiques qui tiennent compte des traumatismes. Pour aider les fournisseurs et fournisseuses de services à comprendre les différences entre les deux, le document présente aussi une description approfondie des services spécifiques aux traumatismes. Les organismes qui souhaitent mettre sur pied des services spécifiques aux traumatismes devront d'abord faire des recherches poussées et évaluer leurs capacités actuelles. Ensuite, ils devront évaluer les modèles possibles de services spécifiques aux traumatismes par rapport à ces capacités et définir la planification, l'élaboration et les activités de formation nécessaires.

Notes de fin de chapitre

Pour la référence complète, voir l'annexe B

¹ Dans le contexte de ce document, « traumatisme » désigne un traumatisme psychologique ou émotionnel, ce qui comprend les impacts psychologiques ou émotionnels d'un traumatisme physique.

² Aux fins de ce document, le terme « femme adulte » correspond à une femme âgée d'au moins 16 ans.

³ Le terme « expérience vécue » est fréquemment utilisé dans ce document. Il s'applique aux femmes qui ont personnellement vécu des expériences traumatisantes et qui ont une consommation problématique de substances.

⁴ Poole, 2011

⁵ Les besoins en soutien supplémentaire des fournisseurs et fournisseuses de services ont été déterminés lors de l'examen provincial de 2006 sur les services d'aide aux femmes consommatrices de substances.

⁶ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2005

Chapitre 1

À propos des lignes directrices

Objectif du chapitre 1

Donner des points de repère au lecteur et à la lectrice sur le contenu et l'intention de ce document, ce qui a guidé son élaboration, ses limitations, les concepts clés et la terminologie

Comment les lignes directrices contribueront-elles à améliorer les services pour les femmes?

« Les traumatismes constituent un risque d'une ampleur considérable pour la santé publique ... De plus, ils aggravent souvent des problèmes médicaux et psychologiques, ainsi que des blessures. Trop souvent, les praticiens et praticiennes de soins médicaux et de santé mentale ne repèrent pas la présence de traumatismes ou la sous-estiment. Cela nous donne un problème majeur en matière de formation, de prévention et d'intervention. »¹

Ce document vise à aider tous les fournisseurs et fournisseuses de l'Ontario qui aident les personnes consommatrices de substances à mieux connaître les répercussions des traumatismes sur les femmes qui font appel à leurs services et à comprendre les pratiques qui tiennent compte des traumatismes.

Les lignes directrices aideront le personnel qui est en contact avec des clientes :

- à comprendre comment les pratiques tenant compte des traumatismes peuvent et devraient être utilisées dans chaque organisme où des femmes reçoivent des services d'aide pour leur consommation de substances;

- à déterminer les besoins de formation du personnel, de même que ses besoins de soutien clinique et organisationnel;
- à intervenir plus efficacement par rapport aux réactions et adaptations liées aux traumatismes;
- à planifier et à dispenser des services qui reposent sur des pratiques tenant compte des traumatismes.

L'expression « personnel qui planifie et dispense des services » désigne les personnes qui sont en contact avec des clients et des clientes, ce qui peut comprendre des bénévoles, des étudiants et étudiantes, et des employés et employées à temps plein, à temps partiel et à contrat. Le mot « bénévole » comprend les membres du conseil d'administration ou de groupes consultatifs.

« Lors d'une situation très difficile, les répercussions d'un traumatisme... sont habituellement un facteur. En gardant cela à l'esprit, cela nous aide, en tant qu'employé ou employée, à ne pas faire une intervention de type réactif, à innover au lieu de "traiter comme d'habitude", à évaluer une situation à partir de la perspective de l'interrelation entre les traumatismes et la consommation de substances. »

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances – Ontario 2012

Les lignes directrices aideront les organismes :

- à comprendre pourquoi leur culture, leurs pratiques, leurs politiques, leur infrastructure et leur planification, au plan organisationnel, sont des éléments cruciaux des services qui tiennent compte des traumatismes;
- à déterminer leur capacité actuelle à mettre en

place des pratiques qui tiennent compte des traumatismes et à faire les changements nécessaires;

- à déterminer et à planifier les étapes nécessaires pour soutenir la formation du personnel en matière de traumatismes et de pratiques tenant compte des traumatismes;
- à travailler avec d'autres organismes pour soutenir l'utilisation des pratiques tenant compte des traumatismes dans le système d'aide et de services à l'échelle locale, régionale et provinciale.

« L'acquisition de connaissances sur les traumatismes s'est traduite par une proportion élevée de personnes qui réussissaient à terminer le programme ou ne l'abandonnaient pas. »

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances – Ontario 2012

Les lignes directrices pourraient aider les fournisseurs et fournisseuses de services et d'autres intervenants et intervenantes qui travaillent dans le système général des soins de santé. Le lecteur et la lectrice en trouveront une liste ci-dessous.

Les services qui travaillent auprès de femmes consommatrices de substances (p. ex., les soins de santé, les services sociaux, les services du développement de la petite enfance, le système juridique, les agences de protection de l'enfance et d'autres secteurs) peuvent connaître les interrelations entre les traumatismes et la consommation de substances et mieux comprendre la façon dont les pratiques qui tiennent compte des traumatismes peuvent aider leurs organismes à mieux répondre aux besoins de ces femmes.

Les établissements postsecondaires et les organismes de formation (p. ex., les organismes qui accordent des titres de compétences, donnent de la formation aux professionnels et professionnelles des services sociaux ou accréditent

des organismes) peuvent mieux comprendre les répercussions des traumatismes sur les femmes consommatrices de substances et les implications qui en découlent sur l'éducation, la formation et la pratique.

« Les études sur les traumatismes NE SONT PAS adéquatement intégrées aux programmes d'études généraux et professionnels. De nombreux fournisseurs et fournisseuses de soins professionnels ne sont pas au courant des répercussions des traumatismes [sur la santé physique et sur la santé psychologique] et n'ont pas les connaissances permettant de poser un diagnostic ou donner un traitement. »²

Les responsables de l'élaboration de politiques, les responsables de l'élaboration de systèmes, les organismes bailleurs de fonds et les autres intervenants et intervenantes concernés peuvent mieux comprendre l'importance des pratiques qui tiennent compte des traumatismes et de la façon dont ces pratiques peuvent être soutenues – ou sapées – au niveau systémique, de même qu'au sein d'organismes particuliers.

Même si ce document porte principalement sur les pratiques tenant compte des traumatismes, l'un des chapitres présente des renseignements généraux sur les services spécifiques aux traumatismes, qui sont plus spécialisés.

Les données montrent que les services spécifiques aux traumatismes jouent un rôle important pour soutenir le rétablissement des femmes qui ont subi des traumatismes. Toutefois, les fournisseurs et fournisseuses de services d'aide aux personnes consommatrices de substances ne sont pas tous en mesure d'offrir ces services spécialisés.

Dans le **chapitre 12**, ceux et celles qui pensent offrir ces services pourront lire des renseignements généraux sur :

- les objectifs des services spécifiques aux traumatismes, ainsi que les approches et modèles cliniques utilisés pour les offrir;
- les compétences et connaissances spécialisées nécessaires à la prestation de services spécifiques aux traumatismes;
- les modèles et les approches utilisés dans les services spécifiques aux traumatismes;
- une liste de ressources qui présentent des descriptions plus détaillées de programmes et de modèles.

Limitations de ce document

Ce document devrait servir de *point de départ* à un processus d'apprentissage sur les traumatismes et les pratiques qui tiennent compte des traumatismes.

Les lignes directrices ont été élaborées à partir des éléments suivants :

- les meilleures données émanant de la recherche;
- l'expertise de professionnels et de professionnelles;
- les connaissances pratiques au moment de la rédaction.

Les fournisseurs et fournisseuses de services devront rester au fait des nouvelles données et des pratiques émergentes. Les documents énumérés dans **l'annexe B** (Références) et **l'annexe D** (Ressources) sont des sources d'information actuelle et détaillée.

Les lignes directrices ne portent pas sur des types « particuliers » d'expériences traumatisantes.

Elles portent plutôt sur les principes et les pratiques qui peuvent aider les fournisseurs et fournisseuses de services à s'attaquer aux *répercussions* des traumatismes sur les femmes et aux *recouvrements* entre les réactions aux traumatismes et la consommation problématique de substances. Pour en savoir plus sur les traumatismes et les réactions qu'ils entraînent, voir le **chapitre 4** et le **chapitre 12**.

La grande diversité des expériences et des cultures des femmes qui accèdent à notre système de services n'a été ni étudiée ni traitée à fond dans les présentes lignes directrices.

Les femmes ne constituent pas un groupe homogène. Les fournisseurs et fournisseuses de services ont la responsabilité de répondre à leur diversité sous toutes ses formes. Tous les services qui tiennent compte des traumatismes devraient prendre des mesures pour que leur personnel acquière des compétences culturelles et pour que ces compétences se reflètent dans leurs pratiques et politiques organisationnelles. Les fournisseurs et fournisseuses de services devront intégrer les pratiques qui tiennent compte des traumatismes à leurs autres pratiques utilisées à l'heure actuelle pour répondre aux besoins divers et variés des femmes. Pour en savoir plus sur la compétence culturelle et les approches antioppressives, voir le **chapitre 5**.

Organisation de ce document

Ce document comprend 12 chapitres qui, ensemble, présentent des renseignements sur les pratiques qui tiennent compte des traumatismes aux niveaux clinique, organisationnel et systémique. Certains renseignements généraux sont répétés à des sections clés du document, afin de situer les lecteurs et les lectrices qui pourraient préférer examiner certains chapitres particuliers en premier lieu. Afin de mieux informer sur certaines questions importantes, le document comporte divers renvois. Pour tirer le meilleur parti de ce document, on suggère toutefois aux lecteurs et aux lectrices de se familiariser avec l'ensemble du document.

Guide rapide sur les objectifs de chaque chapitre

1. À propos des lignes directrices

Donner des points de repère au lecteur et à la lectrice sur le contenu et l'intention de ce document, sur ce qui a guidé son élaboration, sur ses limitations, sur les concepts clés et la terminologie

2. Les concepts de base : pratiques tenant compte des traumatismes et services spécifiques aux traumatismes

Présenter une description approfondie des pratiques qui tiennent compte des traumatismes et de ce qui les distingue des services spécifiques aux traumatismes

3. Pourquoi les traumatismes sont-ils importants?

Discuter de la prévalence des traumatismes parmi les femmes consommatrices de substances et mettre à profit les témoignages des femmes qui ont utilisé les services d'aide aux personnes consommatrices de substances of-ferts en Ontario

4. À propos des traumatismes

Présenter au lecteur et à la lectrice la nature et les répercussions des traumatismes, la façon dont les traumatismes peuvent nuire à la participation aux services, les éléments déclencheurs et la retraumatisation, ainsi que les stratégies concernant la sécurité

5. Une perspective multidimensionnelle

Discuter de l'importance des approches qui tiennent compte du contexte global de la vie des femmes, dont la compétence culturelle et les approches antioppressives

6. Les services dont les pratiques tiennent compte des traumatismes vécus

Fournir au personnel de première ligne des renseignements spécifiques et pratiques sur les principes fondamentaux des services d'aide qui tiennent compte des traumatismes vécus et sur la transformation des pratiques cliniques

7. La relation thérapeutique

Discuter de la relation thérapeutique dans les pratiques qui tiennent compte des traumatismes, ainsi que des risques de traumatismes indirects et des stratégies qui peuvent atténuer ces risques

8. Soutenir les compétences du personnel

Décrire comment les organismes peuvent favoriser les compétences du personnel nécessaires pour adopter des pratiques qui tiennent compte des traumatismes

9. Les pratiques organisationnelles tenant compte des traumatismes

Décrire comment la culture et les politiques organisationnelles sont transformées par les pratiques qui tiennent compte des traumatismes

10. Les liens avec d'autres services et secteurs

Définir des stratégies de collaboration pour soutenir des interventions coordonnées et tenant compte des traumatismes auprès des femmes entre les services et les secteurs

11. Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes au niveau systémique

Déterminer les avantages systémiques des pratiques qui tiennent compte des traumatismes et définir les stratégies pour les offrir

12. Introduction aux services spécifiques aux traumatismes

Présenter des renseignements généraux sur les types de programmes utilisés pour offrir des services spécifiques aux traumatismes, sur l'expertise dont le personnel a besoin et sur le processus d'évaluation de ces services

Annexe A – Résumé des lignes directrices

Fournit une liste qui regroupe toutes les lignes directrices présentées dans le document

Annexe B – Références

Fournit une liste des documents dont les citations présentées dans le document sont tirées

Annexe C – Modèles pour les services spécifiques aux traumatismes

Fournit une liste de sources d'information sur les services *spécifiques aux traumatismes* - qui tiennent compte des données probantes

Annexe D – Ressources

Fournit une liste de sources supplémentaires de renseignements qui aideront les lecteurs et les lectrices à approfondir leur apprentissage. La liste présentée annexe n'est pas exhaustive. Les sites Web, les livres et les articles qui sont suggérés constituent un point de départ pour un apprentissage plus approfondi.

Comment ces lignes directrices ont-elles été élaborées?

Les lignes directrices ont été élaborées à partir d'un vaste ensemble de données et d'informations.

Elles s'inspirent de données générées dans des provinces et des pays qui ont élaboré et mis à l'essai des pratiques qui tiennent compte des traumatismes vécus, et en ont prouvé l'efficacité. Les lignes directrices reflètent l'excellent travail réalisé au Canada et dans d'autres pays.

Ce document ne tente pas de sanctifier les « pratiques exemplaires ». Il présente plutôt des lignes directrices sur les pratiques qui sont basées sur le jugement, l'expérience, diverses perspectives et des études réalisées par des spécialistes du domaine des femmes consommatrices de substances et ayant subi des traumatismes.

Les données proviennent principalement de quatre sources :

- des études et la recherche universitaires;
- la littérature parallèle (p. ex., des rapports gouvernementaux, des sites Web et des documents de politiques);
- des spécialistes qui possèdent des connaissances poussées sur la consommation de substances et les traumatismes;
- des femmes qui ont « vécu l'expérience » des traumatismes accompagnés d'une consommation problématique de substances.

En réalisant la synthèse des données disponibles, nous n'avons jamais perdu de vue les variations existantes entre les services d'aide aux personnes consommant des substances qui sont offerts en Ontario. Nous avons dégagé des lignes directrices pratiques qui peuvent être mises en œuvre dans toute la gamme de ces services.

Comment les pratiques qui tiennent compte des traumatismes tireront-elles parti des forces du système?

De nombreuses pratiques tenant compte des traumatismes présentés dans ce document tirent parti de pratiques fondées sur des données déjà existantes.

Un grand nombre d'entre elles peuvent être mises en œuvre en examinant et en modifiant, au moyen d'une optique qui tient compte des traumatismes, des programmes, des services, des politiques et des procédures déjà en place.

Pour adopter des pratiques qui tiennent compte des traumatismes, les fournisseurs et fournisseuses de services n'ont pas à apprendre un éventail de nouvelles compétences. De nombreuses pratiques déjà en place peuvent intégrer une optique qui tient compte des traumatismes. Le tableau ci-après donne des exemples qui montrent comment les pratiques qui tiennent compte des traumatismes sont en conformité avec des approches de services d'aide fondés sur des données probantes à l'intention des personnes qui consomment des substances.

Exemples de conformité entre des pratiques qui tiennent compte des traumatismes et des approches de services d'aide fondés sur des données probantes à l'intention des personnes qui consomment des substances

Pratique tenant compte des traumatismes	Approches de services d'aide fondés sur des données probantes à l'intention des personnes qui consomment des substances
Ménager le rythme – Éviter de précipiter la révélation (« étape de l'action » de l'expérience du rétablissement des traumatismes) et accepter qu'une femme n'a pas nécessairement besoin de révéler son expérience traumatisante	Étapes du changement – Reconnaître la nécessité de différentes stratégies selon l'étape de changement où se trouve la femme par rapport à sa consommation de substances et que les stratégies axées sur l'action ne sont approprié qu'à l'étape de l'action
Établir une relation – Accepter le défi d'établir une relation thérapeutique au fil du temps, en reconnaissant que la confiance se construit lentement et avec respect, en faisant aux antécédents et aux expériences de la femme	Principes de la réduction des méfaits – Trouver des objectifs qui correspondent aux habiletés et à la situation actuelles de la femme, sans que l'abstinence ne soit nécessairement un objectif
Assurer la sécurité au sein de la relation de counseling – éviter des approches axées sur la confrontation agressive qui peuvent retraumatiser et nuire à la sécurité	Entrevue motivationnelle – Éviter de susciter la honte, de blâmer et de donner un sentiment de culpabilité, en essayant plutôt de tirer des leçons des rechutes
Donner le choix et le contrôle	Entrevue motivationnelle – Intérioriser la source de détermination et faire ressortir l'auto-efficacité
Faire acquérir des compétences renforçant le pouvoir d'agir	Entrevue motivationnelle – Tirer parti des forces de la femme; poser des questions qui génèrent de l'information, au lieu de lui dire ce qu'il faut faire comme s'il s'agissait d'instructions à suivre Principes de la réduction des méfaits – Adopter une approche axée sur les petits gestes
Recourir à une approche de collaboration avec les femmes, plutôt qu'une relation hiérarchique descendante	Établissement d'une relation – La qualité des relations interpersonnelles peut être déterminante pour que la femme continue de participer ou non au processus de changement; la qualité de la relation thérapeutique peut être plus importante que les services concrets obtenus
Tenir compte des forces et des compétences	Entrevue motivationnelle – Présenter un menu d'options qui correspondent aux circonstances de vie contradictoires; reconnaître le besoin de services d'aide qui répondent à une gamme de besoins, comme la sécurité alimentaire, la garde d'enfants, un logement adéquat et la pauvreté

Concepts clés du document

Consommation de substances

Pour décrire les divers types ou niveaux de consommation de substances – occasionnelle, sociale, abusive, excessive, causant une dépendance ou une toxicomanie – de nombreux termes sont utilisés.

Certains de ces termes sont mal définis et plusieurs peuvent être dévalorisants. Pour éviter un langage qui pourrait être dévalorisant ou impliquer un jugement, nous avons invariablement utilisé les termes suivants :³

- **La consommation de substances et la consommation problématique de substances** décrivent n'importe quel type ou niveau de consommation. Il revient à chaque femme de définir si cette consommation est problématique, en fonction de sa propre expérience et de ses propres objectifs.
- Les expressions **consommatrice de substances ou consommant des substances** décrivent une femme dont la consommation de substances peut être problématique.
- Les **substances** désignent à la fois les drogues légales (alcool, tabac, médicaments sur ordonnance et solvants) et les drogues illégales (dont la marijuana, l'héroïne, la cocaïne et ainsi de suite).
- Les **services d'aide aux personnes consommatrices de substances** renvoient aux services dont l'objectif principal est d'aider les personnes qui ont des problèmes avec leur consommation de substances.

Traumatismes

Les traumatismes renvoient souvent à des expériences ou à des événements qui sont, par définition, bouleversants.

Les expériences traumatisantes ne sont pas simplement stressantes. Elles peuvent aussi être bouleversantes, terrifiantes et dévastatrices. Elles peuvent provoquer des sentiments très profonds de terreur, de honte, de désespoir et d'impuissance.⁴

Un traumatisme peut être considéré à la fois comme un événement extraordinairement négatif et comme la répercussion de cet événement sur une femme.⁵

Nous utilisons aussi le mot « traumatisme » pour décrire les répercussions d'événements traumatisants sur des femmes.

Un traumatisme est une expérience individuelle unique qui peut être influencée par une multitude de facteurs.

Les femmes adultes peuvent être touchées par des expériences traumatisantes qui ont lieu toute leur vie. Ces expériences peuvent comprendre une gamme d'expériences négatives durant l'enfance et l'âge adulte (comme la violence physique et sexuelle, la violence psychologique, la négligence et le fait d'avoir été témoin de violence); les enfants peuvent faire montre d'un attachement perturbé. Les enfants et les adultes peuvent également subir des traumatismes à la suite d'un accident, d'une catastrophe naturelle, d'une guerre, d'un bouleversement et d'un événement qui entraîne une perte soudaine ou inattendue.

*« Ainsi, le mot "traumatisme" désigne à la fois l'événement et ses répercussions, en partie parce que l'expérience en soi... et l'agression que l'expérience représente sur le soi, le sentiment de sécurité, le sentiment d'appartenance et les relations sont imbriquées ».*⁶

Des études récentes confirment la conclusion que les répercussions des traumatismes sont non seulement cumulatives – plus un événement traumatisant est vécu de nombreuses reprises, plus les répercussions seront profondes –, mais également additives. L'exposition à différents types de traumatismes supplémentaires est corrélée avec une augmentation des répercussions.⁷

« Un traumatisme est la somme de l'événement, de l'expérience et de son effet. »⁸

Les traumatismes peuvent avoir lieu aux niveaux individuel et collectif.

Les individus peuvent être profondément touchés par des événements collectifs traumatisants (p. ex., une guerre, un génocide). Il existe aujourd'hui un ensemble considérable de données prouvant que les effets d'un traumatisme collectif sont souvent transmis aux générations suivantes, touchant ainsi les enfants et les petits-enfants des personnes initialement traumatisées.⁹

Le « traumatisme indirect » constitue une préoccupation pour ceux et celles qui offrent des services d'aide aux personnes consommatrices de substances et pour d'autres membres des professions soignantes.

Ce terme décrit les répercussions d'un traumatisme qui n'a pas été vécu directement, mais en raison d'un contact avec une personne l'ayant vécu. Le traumatisme indirect peut être la conséquence d'un contact unique, cumulatif ou additif.¹⁰ Pour en savoir plus sur le traumatisme indirect, voir le **chapitre 7**.

Tenir compte des traumatismes

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes reflètent la prévalence et les répercussions des traumatismes et intègrent ces connaissances à tous les volets d'un organisme.

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes exigent que les organismes :

- (1) **se rendent compte** de la prévalence des traumatismes;
- (2) **reconnaissent** la façon dont les traumatismes touchent tous les individus impliqués dans l'organisme et ses programmes ou services, y compris son propre personnel;

- (3) **réagissent** en traduisant ses connaissances en pratiques.¹¹

Spécifiques aux traumatismes

Les programmes et services spécifiques aux traumatismes sont conçus pour cibler directement les répercussions des traumatismes et faciliter le rétablissement.

Les programmes et services spécifiques aux traumatismes peuvent comprendre un continuum d'interventions spécialisées, allant du dépistage au traitement et en passant par des mesures d'aide au rétablissement. Ils sont dispensés par un praticien ou une praticienne qui a la formation pertinente pour faire ces interventions.

Pour en savoir plus sur les distinctions entre les pratiques qui tiennent compte des traumatismes et les services spécifiques aux traumatismes, voir le **chapitre 2**.

Fondé sur des données probantes

Les données probantes sont « de l'information comme des données analysées, des résultats de recherche publiés, des résultats d'évaluation, des expériences, des opinions de spécialistes, lesquels peuvent tous être utilisés pour tirer des conclusions sur lesquelles des décisions sont fondées ».¹²

Les pratiques fondées sur des données probantes comprennent les meilleures pratiques disponibles « selon les données probantes disponibles pour un groupe particulier en fonction des circonstances précisées afin d'atteindre un but défini. »¹³

Culture

Dans ce document, le concept de la « culture » est défini de manière générale, afin de maximiser l'inclusion et de tenir compte de la diversité de la vie des femmes.

La culture peut comprendre des questions associées au sexe, au genre, à l'âge, au langage, à l'identité ethnoculturelle et raciale, au statut d'immigrant ou d'immigrante, au statut de réfugié ou de réfugiée, à

l'orientation sexuelle, à des défis sur le plan de la capacité, à une faible alphabétisation, à l'itinérance ou à l'insécurité en matière de logement, à la vie dans la rue, à l'implication dans le système de justice pénal, à la pauvreté, au faible revenu, au chômage, à la classe et à la vie dans une communauté rurale, urbaine ou isolée.

Compétence culturelle

Les traumatismes peuvent avoir différentes significations dans différentes cultures et le stress traumatissant peut se manifester de différentes manières dans différents cadres culturels.

Ces différences font de la compétence culturelle un aspect crucial de l'efficacité de nos services. Dans ce document, nous avons adopté la définition suivante :

« La compétence culturelle est un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques harmonisés qui s'amalgament dans un système, un organisme ou au sein d'un groupe professionnel et qui permet à ce système, cet organisme ou ce groupe de travailler avec efficacité lors de situations interculturelles. »¹⁴

Approches antioppressives

L'oppression est un type d'injustice. Elle met en cause un usage inéquitable de l'influence, de l'autorité, de la loi ou de la force physique pour empêcher des personnes d'être libres ou égales.

De nombreuses formes d'oppression sont si omniprésentes et subtiles qu'elles peuvent être invisibles. Elles sont souvent associées à des concepts culturels entourant la race, l'ethnicité, les croyances, la classe, le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, l'orientation de genre, le statut d'immigré ou d'immigrée, le pays d'origine, la religion, l'état de la santé mentale, l'âge et la capacité.

Notes de fin de chapitre

Pour la référence complète, voir l'annexe B

¹ Courtois, 2012

² Courtois, 2012

³ Dans les citations directes, nous avons repris la terminologie utilisées par les auteurs et auteurs du document cité.

⁴ Courtois, 1999

⁵ Covington, 2002

⁶ Kammerer et Mazelis, 2006

⁷ Retrouvé en ligne, à www.samhsa.gov/traumajustice/traumadefinition/definition.aspx

⁸ Finkelhor, Ormrod, Turner et Hamby, 2005

⁹ Bombay, Matheson et Anisman, 2009

¹⁰ Kammerer et Mazelis, 2006

¹¹ Retrouvé en ligne, à www.samhsa.gov/traumajustice/traumadefinition/definition.aspx

¹² Définition de l'Agence de santé publique du Canada, citée dans Bergeron et Albert, 2009

¹³ Dr. Paul McDonald, Codirecteur du groupe de recherche sur la santé de la population, Université de Waterloo, cité dans Bergeron et Albert, 2009

¹⁴ Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs, 2009

Chapitre 2

Les concepts de base

Objectif du chapitre 2

Présenter une description approfondie des pratiques qui tiennent compte des traumatismes et de ce qui les distingue des services spécifiques aux traumatismes

Que sont les pratiques qui tiennent compte des traumatismes?

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes permettent aux fournisseurs et fournisseuses de services d'avoir conscience du contexte dans lequel se déroule la vie d'une femme qui a vécu des traumatismes.

« Une approche qui tient compte des traumatismes est axée sur la compréhension de l'individu... Au lieu de se demander "Comment puis-je comprendre ce problème ou ce symptôme?", le fournisseur ou la fournisseuse de services se demande désormais "Comment puis-je comprendre cette [femme]?"... Cette approche permet de se consacrer à l'individu et de s'éloigner d'un aspect particulier et limité de son fonctionnement. Elle transmet aussi le message qu'on peut comprendre sa vie et que les comportements sont logiques lorsqu'on les considère comme faisant partie d'un tableau plus général. » ¹

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes reposent essentiellement sur ces six principes fondamentaux :

- 1) la reconnaissance;
- 2) la sécurité;
- 3) la confiance;

- 4) le choix et le contrôle;
- 5) les approches fondées sur la relation et la collaboration;
- 6) les modalités du renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces.

Le **chapitre 6** traite de ces principes en profondeur, ainsi que de la manière dont chacun s'applique aux services de première ligne.

Au niveau des organismes

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes fournissent une optique à partir de laquelle l'administration, la gestion, la planification des stratégies et des programmes, le perfectionnement professionnel, l'allocation des ressources, l'évaluation et la prestation des services devraient être examinés et évalués. Pour des renseignements détaillés sur les pratiques au niveau des organismes, voir le **chapitre 8** et le **chapitre 9**.

« Dans le cadre d'une approche qui tient compte des traumatismes, le changement est omniprésent à tous les niveaux d'un organisme ou d'un système; tous les aspects de la culture organisationnelle sont harmonisés. » ²

Au niveau des services de première ligne

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes fournissent une optique qui devrait orienter les réactions et interventions cliniques auprès des femmes, ainsi que les autres interactions avec les femmes.

Pour des renseignements détaillés sur les pratiques qui tiennent compte des traumatismes dans les services de première ligne, voir le **chapitre 6**.

« Tenir compte des traumatismes signifie être à l'écoute de ce que les femmes transmettent, même quand elles n'en parlent pas [vraiment]. »

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances – Ontario 2012

Pour mettre en œuvre des pratiques qui tiennent compte des traumatismes, les fournisseurs et fournisseuses de services n'ont pas à se spécialiser dans le traitement spécifique aux traumatismes.

Toutefois, il leur faut comprendre que les traumatismes constituent un problème fondamental et acquérir de bonnes connaissances sur les principes et pratiques qui permettent de dispenser les services appropriés aux femmes qui ont vécu des traumatismes.

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes n'exigent pas la divulgation des détails des expériences traumatisantes de la part d'une femme et n'offrent pas de traitement spécifique aux traumatismes.

Le but premier des pratiques qui tiennent compte des traumatismes est la stabilisation, la sécurité et la compréhension des liens entre les traumatismes et la consommation de substances et non pas un récit de ce qui est arrivé à la femme ou une analyse les détails de ses expériences.

Pour en savoir plus sur le dépistage systématique des traumatismes, voir le **chapitre 6**.

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes peuvent être mises en œuvre dans n'importe quel milieu offrant des services. Ce document vise principalement les fournisseurs et fournisseuses de services d'organismes qui sont subventionnés pour travailler auprès des femmes consommatrices de substances.

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes sont conformes aux bonnes pratiques cliniques déjà

en place dans de nombreux services d'aide aux personnes consommatrices de substances offerts en Ontario. Elles peuvent également les enrichir, car elles ont recours à des stratégies semblables à celles qui sont actuellement employées pour aider les femmes à réduire les méfaits de la consommation de substances et parvenir à un stade de stabilité dans leur cheminement de rétablissement.

Quels sont les risques de ne pas connaître les répercussions des traumatismes?

Lorsqu'il n'y a pas de pratiques qui tiennent compte des traumatismes, les services sont moins efficaces.

Les données probantes^{3,4} soutiennent que, lorsque les fournisseurs et fournisseuses de services n'utilisent pas ces pratiques ou ne comprennent pas les répercussions des traumatismes, cela peut :

- nuire à leurs interventions auprès des femmes qui cherchent à se faire aider et les empêcher d'établir des rapports avec beaucoup de femmes;
- diminuer la participation et produire un plus grand nombre d'abandons ou des abandons plus rapides des services;
- augmenter la probabilité des écarts et des rechutes.

« Un grand nombre de femmes qui étaient considérées comme "impossibles à traiter" à cause de leurs rechutes peuvent désormais être considérées comme étant [des femmes ayant subi des traumatismes] qui se tournent à nouveau vers l'alcool ou d'autres drogues afin d'atténuer la souffrance d'un traumatisme. En comprenant mieux les traumatismes, nous avons de nouvelles possibilités de traitement [pour les femmes qui ont vécu des traumatismes et qui consomment des substances]. »⁵

Les fournisseurs et fournisseuses de services qui n'ont pas de connaissances leur permettant de tenir compte des traumatismes, peuvent mal interpréter ou mal comprendre des comportements associés à des traumatismes.

Lorsqu'ils et elles ne font pas de liens entre les traumatismes et la consommation de substances, les fournisseurs et fournisseuses de services peuvent rater des possibilités d'intéresser des femmes qui ont besoin des services et d'offrir des soins efficaces.

Les services qui ne tiennent pas compte des traumatismes peuvent retraumatiser les femmes par inadvertance.

Les fournisseurs et fournisseuses de services peuvent ressentir de l'accablement ou de l'appréhension par rapport à leur habileté à aider les femmes à faire des liens ou à réagir aux comportements associés à des traumatismes de manière judicieuse. Lorsque les interactions entre les femmes et les fournisseurs et fournisseuses de service reproduisent les expériences traumatisantes par inadvertance, cela peut perpétuer un cycle préjudiciable, diminuer la participation d'une femme qui recherche de l'aide ou nuire à son rétablissement et à sa croissance.

Pour en savoir plus sur les éléments déclencheurs et la retraumatisation, voir le **chapitre 4** et le **chapitre 6**.

« Après la première semaine d'un traitement, on m'a donné congé parce que j'avais subi trop de traumatismes... Depuis, je n'ai pas participé à un autre programme de traitement à demeure, à cause de cette expérience. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Que sont les services spécifiques aux traumatismes?

Les services *spécifiques aux traumatismes* sont très différents des *pratiques qui tiennent compte des traumatismes*.

Les fournisseurs et fournisseuses de services d'aide aux personnes consommatrices de substances et qui dispensent des services spécifiques aux traumatismes travaillent avec des femmes pour traiter directement et activement les problèmes de traumatismes et de consommation de substances selon une démarche intégrée.

Les *services spécifiques aux traumatismes* doivent être fournis dans un milieu au sein duquel des *pratiques qui tiennent compte des traumatismes* sont déjà mises en œuvre.

Ces services doivent être dispensés par un personnel qui a de très bonnes connaissances sur le traitement intégré des problèmes concomitants de traumatismes et de consommation de substances et qui possède de l'expertise dans le domaine.

Pour en savoir plus sur les services spécifiques aux traumatismes, voir le **chapitre 12**. Les documents et les sites Web énumérés dans l'**annexe C** fournissent des renseignements détaillés sur ces services.

« Dans les milieux de traitement de consommation de substances, les approches axées sur la confrontation agressive ne respectent pas le droit d'une femme d'établir son propre rythme, ne l'aident pas et peuvent nuire à de fragiles mécanismes d'adaptation. De plus, de telles approches peuvent déclencher des comportements défensifs ou de fuite, ce qui empêche une femme de continuer le traitement. »⁶

Le tableau ci-après présente un survol des différences entre les pratiques qui tiennent compte des traumatismes et celles qui n'en tiennent pas compte : ⁷

Pratiques tenant compte des traumatismes	Pratiques ne tenant pas compte des traumatismes
Reconnaissance de la grande prévalence des traumatismes	Manque de formation et de conscientisation à la prévalence des traumatismes, concept des pratiques universelles
Reconnaissance des réactions aux traumatismes et de leurs recouvrements avec une consommation problématique de substances	Faux diagnostics ou diagnostics trop fréquents de trouble de la personnalité limite, de trouble affectif bipolaire, de trouble des conduites et de schizophrénie
Processus de dépistage permettant à une femme d'indiquer (si elle choisit de le faire) qu'elle a vécu des expériences traumatisantes	Dépistage superficiel ou absence de dépistage; questions importunes sur les expériences traumatisantes
Reconnaissance de la culture et des pratiques qui peuvent retraumatiser	Tradition de « dureté » et recours à des approches axées sur la confrontation agressive
Partage du pouvoir et du contrôle; collaboration entre la cliente et le fournisseur ou la fournisseuse de services	Rétention du pouvoir et du contrôle par le personnel; intransigeance par rapport aux règlements et à la conformité
Éducation et formation, assorties d'une supervision clinique; cela permet au personnel de comprendre les fonctions des comportements et d'intervenir lors de réactions et d'adaptations à des traumatismes	Manque de formation menant à jeter le blâme sur les clientes (considérant les femmes comme « trop complexes », « cherchant de l'attention », « dans le déni », « pas prêtes à suivre un traitement », etc.) ou tentatives maladroites et inappropriées de « traiter » les réactions d'une femme à un traumatisme
Langage objectif et neutre	Utilisation d'étiquettes, comme « manipulatrice », « a besoin d'attention », « provocatrice », « montre de la résistance », « refuse de se conformer »
Systèmes transparents ouverts, prêts à collaborer avec des tierces parties externes pertinentes et utiles et à accepter leurs interventions	Système fermé; les interventions externes sont découragées, attitude indiquant « nous avons l'expertise »
<p>Comportement respectueux durant les interactions avec les femmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rappels privés ou discrets de l'horaire, de l'heure d'un médicament, p. ex., « Est-ce que je peux vous aider? » • Interventions axées sur les solutions qui font participer la femme et permettent de négocier et d'en arriver à un accord • Faire participer la femme à la planification du traitement 	<p>Manque de respect durant les interactions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crier « Dîner » ou « Médicaments » • Demander « Pourquoi est-ce que vous avez fait cela? » ou « Qu'est-ce qui cloche avec vous? » • Imposer des conséquences automatiques et inflexibles pour avoir « enfreint les règlements » • Dire à une femme ce qui lui convient le mieux

Le tableau ci-après présente une comparaison détaillée de la façon dont les fournisseurs et fournisseuses de services d'aide aux personnes consommatrices de substances utilisent les *pratiques qui tiennent compte des traumatismes* et offrent les *services spécifiques aux traumatismes* :⁸

Pratiques tenant compte des traumatismes	Services spécifiques aux traumatismes
<p>Perspective ou optique qui peut et devrait être intégrée à tous les niveaux d'un organisme.</p>	<p>Type d'intervention thérapeutique, dispensée par un conseiller ou une conseillère qui a des connaissances et des compétences spécialisées, conçue pour traiter les réactions et les adaptations aux traumatismes, ainsi que la consommation problématique de substances, selon une démarche intégrée.</p>
<p>Utilisée avec chaque femme qui souhaite recevoir des services d'aide pour sa consommation de substances, à titre de pratique universelle, que la femme soit connue ou non comme ayant vécu un traumatisme.</p>	<p>Offerts aux femmes qui ont indiqué avoir vécu des traumatismes et ont donné leur consentement éclairé à leur participation à des services spécifiques aux traumatismes.</p>
<p>On fait du dépistage systématique pour donner la chance à une femme d'indiquer si elle a subi un traumatisme, advenant qu'elle décide d'en parler. Les détails de l'événement ou des événements traumatisants ne sont ni demandés ni analysés.</p>	<p>L'évaluation est utilisée pour connaître les expériences traumatisantes d'une femme et ses problèmes de consommation de substances, ainsi que l'aider à recevoir un service spécifique aux traumatismes qui convient à ses besoins et à ses capacités.</p>
<p>L'accent n'est pas mis sur les événements traumatisants. Le conseiller ou la conseillère n'obtient pas et ne demande pas de détails sur le traumatisme.</p>	<p>Le conseiller ou la conseillère peut entrer dans les détails du traumatisme avec la femme, en veillant à ce que cette démarche se déroule à un rythme convenable, réaliste et réservé.</p>

Recoupements entre les pratiques qui tiennent compte des traumatismes et les services spécifiques aux traumatismes

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes devraient être mises en œuvre dans chaque service d'aide aux personnes consommatrices de substances. Toutefois, les organismes ne mettront pas tous en œuvre des services spécifiques aux traumatismes.

Un organisme qui n'offre pas de *programme spécifique pour les traumatismes* peut toujours, de temps à autre, dispenser des *interventions spécifiques aux traumatismes* sur le plan individuel, comme du counseling personnalisé. *Cela ne devrait se produire que si le personnel a les connaissances et les compétences spécialisées permettant d'offrir ce niveau de service avec compétence et de manière éthique.* Pour en savoir plus sur les compétences nécessaires à l'offre de *services spécifiques aux traumatismes*, voir le **chapitre 12**.

Certaines interventions axées sur les traumatismes peuvent être utilisées de manière appropriée tant dans la prestation de services qui tiennent compte des traumatismes que de services qui sont spécifiques aux traumatismes.

Par exemple, comme aider une femme à se sentir en sécurité est essentiel tant dans les *pratiques qui tiennent compte des traumatismes* que les *services spécifiques aux traumatismes*, on peut lui faire acquérir des compétences pour l'aider à gérer des émotions accablantes ou des stratégies pour augmenter son sentiment de sécurité personnelle dans les deux types d'approches.⁹ Pour des renseignements sur la sécurité, voir le **chapitre 4, 6 et 12**.

Recourir à des pratiques qui tiennent compte des traumatismes avec chaque femme

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes devraient être utilisées auprès de chaque femme consommatrice de substances, qu'elle ait divulgué ou non le fait d'avoir vécu un traumatisme.

Les fournisseurs et fournisseuses de services ne peuvent présumer qu'une femme n'a pas vécu de traumatisme parce qu'elle n'a pas divulgué cette expérience. Certaines femmes peuvent choisir d'en parler; d'autres n'ont pas de souvenirs précis de l'expérience ou les mots qui leur permettraient de le faire.

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes devraient être utilisées dans tous les organismes où des femmes reçoivent des services d'aide pour leur consommation de substances (y compris les services qui sont aptes à traiter des troubles concomitants).¹⁰

En raison des liens prouvés par la recherche, de la probabilité que les expériences traumatisantes soient sous-déclarées et des risques de retraumatiser les femmes par inadvertance, les spécialistes recommandent que les pratiques qui tiennent compte des traumatismes soient universelles.

Exemples de programmes qui tiennent compte des traumatismes en Ontario

À l'échelle de l'Ontario, de nombreux fournisseurs et fournisseuses de services intègrent déjà des pratiques qui tiennent compte des traumatismes à leurs services destinés aux femmes.

- Formation sur les pratiques qui tiennent compte des traumatismes pour tout le personnel, dispensée par des spécialistes (p. ex., Lisa Najavits, Marsha Linehan)
- Offre régulière de supervision et de consultation cliniques, tout en veillant à ce que l'accès à ces mesures d'aide soit possible au besoin
- Établissement de modèles de services qui tiennent compte des traumatismes convenant à des services s'adressant à des populations spécifiques (p. ex., les jeunes)
- Inclusion, dans les programmes d'un organisme, de femmes ayant de « l'expérience vécue » comme pairs pouvant donner du soutien

Travail réalisé dans d'autres provinces et d'autres pays

Dans d'autres provinces canadiennes, les pratiques qui tiennent compte des traumatismes ont fait beaucoup de progrès.

En voici des exemples :

Le Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes (British Columbia Centre of Excellence for Women's Health ou BC-CEWH) a fait montre d'un leadership national pour ce qui est d'appuyer les pratiques et les politiques visant améliorer la santé des femmes. Le BCCEWH a établi des partenariats avec des universitaires, des responsables d'élaboration de politiques, des fournisseurs et fournisseuses de services, des intervenants et intervenantes, ainsi que des femmes qui ont de l'expérience vécue, pour développer des programmes axés sur les femmes, faire de la recherche novatrice et transmettre les connaissances. Ce centre a produit un vaste ensemble de connaissances et de ressources. En 2009, par exemple, une communauté de pratique virtuelle nationale a donné lieu à une « discussion virtuelle » sur les enjeux, la recherche et les programmes liés à la consommation de substances chez les filles et les femmes du Canada. Cela a produit de nombreuses ressources, notamment ces deux documents :

- *Coalescing on Women and Substance Use Trauma-Informed Approaches in Addictions Treatment* (de la série *Gendering the National Framework*)
- *Women-centred Harm Reduction: Mothering and Substance Use* (de la série *Gendering the National Framework*)

Le **Klinic Community Health Centre** (à Winnipeg, au Manitoba) a produit une trousse pour tenir compte des traumatismes intitulée *Trauma-Informed Toolkit*, disponible en ligne à www.trauma-informed.ca. La trousse a été élaborée avec de nombreux fournisseurs et fournisseuses de soins de santé et d'autres services, afin de comprendre la nature et les répercussions

des traumatismes et pour donner un rôle central, dans leur travail, aux pratiques qui répondent aux besoins de personnes qui ont été touchées par des traumatismes.

Le **Laurel Centre** (à Winnipeg, au Manitoba) a établi un modèle de rétablissement des traumatismes qui utilise une approche féministe dans sa pratique. Ce centre offre des services aux femmes victimes d'agression sexuelle durant l'enfance ou l'adolescence. Le modèle utilise une approche en cinq étapes et reconnaît que les étapes peuvent se répéter et se chevaucher durant le cheminement thérapeutique.

De nombreux modèles ont été élaborés et évalués aux États-Unis.

Certains de ces modèles ont été spécifiquement conçus pour être mis en œuvre dans les services d'aide aux personnes consommatrices de substances. D'autres sont plus flexibles et conviennent à divers milieux de services, dont les services d'aide aux personnes consommatrices de substances. En voici des exemples :

Élaboré par Lisa M. Najavits, Ph.D., **Seeking Safety** est un modèle fondé sur des données probantes. Les révisions apportées au manuel reposent sur des expériences cliniques et des études et la version finale a été publiée en 2002. Il s'agit d'un modèle qui a été beaucoup étudié. Les données probantes produites par les études publiées comprennent plusieurs études pilotes, des essais cliniques comparatifs, des mises à l'essai dans divers milieux et des études de dissémination. Toutes les études ont prouvé que les résultats probants étaient positifs. Pour en savoir plus sur le modèle et les preuves de son efficacité, voir www.seekingsafety.org.

Le document **Women, Co-Occurring Disorders, and Violence Study**, qui a été subventionné par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration des États-Unis, fait état d'interventions pilotes visant à répondre aux besoins de femmes consommatrices de substances et ayant

vécu des traumatismes. Au cours de la dernière phase de cette étude, 2 729 femmes étaient inscrites dans neuf milieux répartis aux É.-U. L'étude a permis de définir des pratiques prometteuses en matière de soins qui tiennent compte des traumatismes. Elle a également documenté les mesures que les fournisseurs et fournisseuses de services d'aide aux personnes consommatrices de substances peuvent prendre pour mettre ces approches en place.

Notes de fin de chapitre

Pour la référence complète, voir l'annexe B

¹ Harris et Fallot, 2001

² Retrouvé en ligne, à www.samhsa.gov/traumajustice/traumadefinition/definition.aspx

³ Elliott, Bjelajac, Markoff, Fallot, et Reed, 2005

⁴ Brown, 2000; Brown et coll., 1995; Janikowski et Glover, 1994; Melchoir, Huba, Brown, et Slaughter, 1999, cités dans Elliott, Bjelajac, Markoff, Fallot et Reed, 2005

⁵ Covington, 2002

⁶ Moses, 2003

⁷ Adapté de Gillece, 2008

⁸ Adapté de Poole et Greaves, 2012

⁹ Haskell, L. (2003) cité dans Poole et Greaves, 2012

¹⁰ L'expression « aptes à traiter des troubles concomitants » désigne des fournisseurs et fournisseuses de services qui sont capables d'aider des personnes qui consomment des substances et ont également des problèmes de santé mentale.

Chapitre 3

Pourquoi les traumatismes sont-ils importants?

Objectif du chapitre 3

Discuter de la prévalence des traumatismes parmi les femmes consommatrices de substances et mettre à profit les témoignages des femmes qui ont utilisé les services d'aide aux personnes consommatrices de substances offerts en Ontario

Qu'indique la recherche sur les traumatismes des femmes consommatrices de substances?

Les traumatismes ont constitué une « épidémie cachée »¹ qui n'a pas été bien reconnue, dans le passé, par les fournisseurs et fournisseuses de services d'aide aux personnes consommatrices de substances (ou atteintes de problèmes de santé mentale). La recherche a dégagé une grande prévalence d'expériences traumatisantes chez les femmes consommatrices de substances.

*Dans une étude menée dans six centres canadiens de traitement des femmes, 90 % des femmes interviewées ont signalé des antécédents de violence subie durant l'enfance ou à l'âge adulte en rapport à leur consommation problématique d'alcool.*²

L'omniprésence des traumatismes est validée par d'autres recherches canadiennes. Dans une étude réalisée en 2008 sur la dépression et l'alcoolisme chez les femmes, 80 % des participantes ont indiqué avoir vécu des traumatismes.

Dans une autre étude menée en 2008 sur la consommation occasionnelle excessive d'alcool et la frénésie

alimentaire, 86 % des participantes ont signalé avoir vécu de la violence et des traumatismes durant l'enfance.³

Des recherches menées aux États-Unis ont également constaté cette prévalence importante. Lors d'un examen des recherches portant sur la relation entre la consommation problématique de substances et les expériences traumatisantes,⁴ les liens ci-dessous ont été établis dans d'importantes études (américaines) :

1) Des entrevues ont été effectuées auprès de femmes qui participaient à 50 programmes différents sur la consommation de substances et les problèmes de santé mentale dans 20 organismes différents. Les chercheurs et chercheuses ont découvert que, pour les 1 500 femmes et plus qui avaient été interviewées, les expériences traumatisantes étaient « la règle plutôt que l'exception ».

Plus de quatre-vingt-quinze pour cent (95,7 %) des femmes qui avaient recours aux services d'aide aux personnes consommatrices de substances et aux services pour personnes atteintes de santé mentale et plus de quatre-vingt-deux pour cent (82,5 %) des femmes qui n'utilisaient que les services d'aide aux personnes consommatrices de substances ont signalé avoir vécu des traumatismes.⁵

2) Le document *Women, Co-Occurring Disorders and Violence Study* a fait avancer les connaissances sur l'efficacité des approches utilisées pour les services d'aide aux femmes consommatrices de substances atteintes de problèmes de santé mentale et ayant vécu des traumatismes. Cette étude a réuni des données provenant de 2 729 femmes indiquant qu'elles avaient des problèmes de consommation de substances ou de santé mentale, ou les deux.

Voici certaines données sur les femmes qui avaient participé à l'étude :

- plus de 91 % ont signalé des antécédents de violence physique;

- 90 % ont signalé avoir subi de la violence sexuelle au cours de leur vie;
- 72,5 % ont subi des relations sexuelles forcées;
- 52,5 % avaient échangé des services sexuels contre de l'argent, de la drogue ou des biens matériels;
- 84 % ont mentionné des antécédents de violence psychologique ou de négligence.

La majorité des femmes qui ont participé à cette étude ont indiqué que la violence avait été vécue avant la consommation de substances ou les problèmes de santé mentale. Pour la plupart, la violence subie l'avait été tôt dans leur vie. En moyenne, la violence sexuelle ou physique commençait à l'âge de treize ans, alors que la violence psychologique et la négligence commençaient même plus tôt, à l'âge moyen de neuf ans. ⁶

De plus, la plupart des femmes ont indiqué avoir fait de multiples tentatives pour traiter leur consommation de substances et leurs problèmes de santé mentale et avoir subi de nombreux échecs. Les chercheurs et chercheuses soutiennent que le fait que les services d'aide aux personnes consommatrices de substances n'aient pas traité les traumatismes, tant ceux qui avaient été vécus récemment que durant l'enfance, peut constituer un facteur déterminant du manque de réussite des traitements. ⁷

3) Une autre étude américaine importante (*Adverse Childhood Experiences Study*) a prouvé l'existence de liens entre les expériences négatives vécues durant l'enfance et la consommation problématique d'alcool, de même que de nombreux autres problèmes de santé. Cette étude épidémiologique a réuni des données sur la prévalence et les répercussions des expériences négatives vécues durant l'enfant auprès de 17 337 personnes (9 367 [54 %] femmes et 7 970 [46 %] hommes) qui utilisaient des services généraux de soins de santé aux États-Unis.

L'analyse des données a déterminé que 65 % des femmes avaient vécu d'un à cinq types d'expériences négatives durant l'enfance et que 25 % des femmes avaient subi, durant leur enfance, « de la violence sexuelle sous forme de participation à des at-touchements ou à une pénétration ». ⁸

Que nous ont dit les femmes au sujet du système de services d'aide aux personnes consommatrices de substances de l'Ontario?

Pour mieux comprendre les expériences des femmes au sein du système de services d'aide aux personnes consommatrices de substances de l'Ontario, ainsi que pour déterminer ce qu'elles avaient trouvé utile et inutile, des groupes de discussion auxquels participaient des femmes consommatrices des substances et ayant vécu des traumatismes ont été organisés à cinq endroits. ⁹ On demandait aux participantes de parler de ce qui suit :

- en quoi les services avaient contribué ou nuit à leur démarche pour se rétablir de leur consommation problématique de substances et du ou des traumatismes qu'elles avaient vécus;
- à quel point il avait été facile ou difficile d'obtenir de l'information sur les services pouvant les aider avec leurs problèmes et d'y accéder;
- quels étaient les autres types de services communautaires qu'elles avaient utilisés et s'ils avaient été utiles ou inutiles;
- ce qu'elles changeraient dans le système de services d'aide aux personnes consommatrices de substances, si elles pouvaient agiter « une baguette magique ».

Les groupes de discussion ont produit d'innombrables commentaires et faits vécus éclairants sur les expériences des femmes dans le système des services d'aide aux personnes consommatrices de substances en Ontario. Il en est ressorti un besoin pour des services tenant compte des traumatismes et des services spécifiques aux traumatismes. Notre analyse de leurs commentaires a dégagé plusieurs thèmes (présentés ci-dessous). Chaque thème s'appuie sur des citations. Dans plusieurs cas, nous avons cité de nombreux commentaires, pour illustrer la situation selon la formulation même des témoignages livrés par les femmes.

La prise de conscience sur les traumatismes et leurs interrelations avec la consommation de substances a été bénéfique pour le rétablissement des femmes.

- « Avant de commencer mon traitement, je ne savais pas que j'avais des problèmes liés à des traumatismes. Maintenant, je sais que je dois les résoudre. »
- « Sans counseling sur la toxicomanie, je n'aurais pas été capable de faire le lien entre ma consommation et mes traumatismes. Cela m'a aidée à comprendre que cela n'était pas normal, ainsi qu'à distinguer et à séparer les deux problèmes. »
- « Il m'a fallu jusqu'à il y a trois ans avant d'être capable de partager [mon expérience] dans un groupe et de dire le mot "traumatisme". Je me sens mieux quand je dis "traumatisme", car je n'ai pas besoin de dire "viol" ou d'utiliser un autre terme. Je n'ai qu'à dire "traumatisme". Par exemple, les accidents de voiture sont traumatisants. »
- « Durant le traitement, nous n'avons parlé que des problèmes de traumatismes. Minimatement, mais c'était un bon point de départ. Assez pour me sortir de la cage intérieure du traumatisme que j'essayais de bloquer. Et j'ai eu l'occasion d'approfondir cela dans les séances de suivi. »

Toutefois, dans certains services d'aide aux personnes consommatrices de substances ou dans d'autres milieux de soins de santé, les traumatismes et leurs répercussions n'étaient ni dépistés ni reconnus.

- « L'organisme de dépistage n'a pas posé de question sur les traumatismes. »
- « Le psychiatre n'a pas fait de liens entre la consommation de substances et le traumatisme. Son attitude était plutôt "Si vous êtes déprimée, voici une pilule". »
- « On aurait dit qu'il y avait ce gros éléphant dans la pièce, mais personne n'admettait sa présence. »

Les services adaptés et réservés aux femmes les aidaient à se sentir en sécurité et à recourir aux services.

- « L'un des points importants pour moi était que toutes les employées étaient des femmes, les employées et les résidentes. »
- « J'aimais l'aspect que nous soyons toutes des femmes. Cela faisait toute la différence et m'a décidée à venir. C'était sécuritaire. »
- « Le groupe composé seulement de femmes, de femmes qui aident des femmes. Je n'aimais pas toujours y aller, mais c'était toujours utile. »
- « Les groupes mixtes n'auraient pas obtenu les mêmes résultats. »
- « J'ai été capable d'établir un rapport et de me lier avec chaque femme à un niveau différent. »
- « Je suis tellement contente d'avoir participé. J'avais vraiment besoin d'être seulement avec des femmes et dans un petit groupe. J'aurais vraiment abandonné s'il y avait eu des hommes. »

Dans certains milieux mixtes, certaines femmes ne se sentaient pas en sécurité, émotionnellement ou physiquement.

- « Le programme mixte ne comportait pas de mesures de sécurité ou de protection. Une femme a été violée. »
- « Je ne me sentais pas en sécurité dans le programme mixte. Il y avait des amourettes, du sexe, des viols, de la manipulation, du favoritisme de la part du personnel entre les conseillers et les conseillères. Je ne voulais pas parler. Comme cela, en ne me connaissant pas, ces personnes ne pouvaient me faire du mal. »
- « Le fait que des conseillers et des membres du personnel masculins pouvaient entrer dans les chambres [dans un établissement résidentiel] ne m'avait pas aidée. »
- « Le fait de me trouver dans des établissements mixtes m'a retraumatisée. J'ai subi beaucoup de violence et écouter les récits des hommes m'était trop difficile, car plusieurs d'entre eux avaient été violents. »

De nombreux commentaires portaient sur le manque de sécurité dans les programmes mixtes de gestion du sevrage.

- « Le fait d'avoir passé par un programme mixte de désintoxication avant d'arriver dans une résidence pour femmes a été un obstacle. »
- « Me retrouver avec des hommes dans le programme de désintoxication a déclenché des problèmes de retraumatisation. »
- « Les hommes qui participaient au programme de désintoxication n'avaient que le sexe en tête, et non pas leur rétablissement. »
- « Au centre de désintoxication, les hommes nous parlaient de sexe et de drogues. »
- « Au centre de désintoxication, les hommes accaparaient l'espace. »
- « Au centre de désintoxication, on nous reléguait dans un petit coin au fond de la salle, alors que les hommes avaient tout l'espace. »
- « J'aurais aimé que le personnel du centre de désintoxication prenne des mesures pour remédier à ce qui se passait. »
- « Le programme de désintoxication ne m'a pas du tout aidée. Il aurait été préférable que je sois dans un programme réservé aux femmes. »
- « Des employés masculins pouvant ouvrir la porte [des chambres des femmes] au centre de désintoxication. Ce n'est pas un environnement sécuritaire. »
- « Les employés masculins du centre de désintoxication pouvaient ouvrir la porte de notre chambre et entrer sans même frapper à la porte avant. »
- « J'avais besoin de parler à une femme. »

Pour certaines femmes, connaître les répercussions des traumatismes et de leurs liens avec la consommation de substances a été une révélation.

- « Il est vraiment très important que la toxicomanie et les traumatismes soient traités ensemble. Je n'avais jamais fait de liens entre les deux avant, mais ils vont de pair. »
- « C'est durant une session de groupe que j'ai compris à quel point [les traumatismes et la consommation de substances] sont imbriqués. Je m'étais

toujours concentrée sur un ou l'autre des problèmes. Après avoir travaillé sur mon traumatisme, je peux voir ses répercussions sur ma toxicomanie. »

- « En milieu résidentiel, j'en ai plus appris qu'en dix années de consultations psychiatriques à l'âge adulte. »
- « Une conseillère m'a aidée à me rétablir parce qu'elle avait été capable de reconnaître que j'avais une réaction traumatique et de m'aider à faire le lien avec mon traumatisme. »
- « Ce n'est qu'en arrivant ici que j'ai compris que les substances m'aidaient à dissimuler mon traumatisme. »

Les encouragements et le respect prodigués par le personnel et les autres clientes ont aidé les femmes à prendre le risque de participer à d'autres services et à maintenir leur participation.

- « Cet endroit a été une bénédiction lors de mon premier appel. Chaque femme que j'y ai rencontrée a été formidable et m'a encouragée à suivre un traitement. Au début, c'était terrifiant. Mais à la fin des 30 jours, je ne voulais plus partir. »
- « L'employée a perçu ma terreur lorsque j'ai appelé. Mais elle est restée sur la ligne et ne m'a pas repoussée. C'est à cause d'elle que je suis ici. Elle a été très généreuse et sincère et c'est pourquoi je suis venue. »
- « J'ai ressenti un sentiment d'appartenance et de sécurité. Il est encourageant et très efficace de voir des visages familiers et de voir des personnes en voie de se rétablir. Se sentir aimée... Je ne me suis pas sentie aimée pendant longtemps et maintenant, je ressens de l'amour pour moi-même et j'en éprouve pour les autres femmes. Je ne veux pas penser que personne ne m'aime. »
- « Je ne me sens pas jugée ici, c'est merveilleux d'éprouver un sentiment comme cela. »
- « Il était inspirant d'entendre les témoignages et les stratégies d'adaptation des autres, et d'être capable de me pratiquer avant mon départ. »

Les techniques apprises pour gérer les éléments déclencheurs et les réactions traumatiques ont contribué à renforcer le pouvoir d'agir des femmes.

- « Lorsque j'ai été en présence d'un élément déclencheur [et eu une réaction traumatique], le fait qu'on puisse le reconnaître et me faire réfléchir à ce qui m'arrivait... à ne pas me noyer dans tous les détails et à rester dans le moment présent durant mes sessions a vraiment été utile. »
- « C'est le personnel qui s'en est d'abord aperçu... J'avais des rappels éclair et le personnel m'a aidée à leur faire face. »
- « J'ai appris des techniques pour s'aider soi-même quand on ne peut arriver à trouver ce qu'on ressent et ce qu'on traverse. Elles renforcent mon pouvoir d'agir et sont très utiles, parce que je peux les utiliser quand je ne suis pas ici. »
- « Finalement, j'ai appris à prendre soin de moi-même et à m'aménager un petit coin sûr dans la maison, pour m'y réfugier quand je me sens vulnérable... Je suis capable de prendre soin de moi-même. »

Lorsque les femmes ne recevaient pas d'aide par rapport à leurs éléments déclencheurs et à leurs réactions traumatiques, cela nuisait à leur démarche de rétablissement.

- « Chaque fois que je prenais la parole, je le revivais et je me retraumatisais, sans le savoir. »
- « J'aurais aimé que quelqu'un puisse, simplement, me prendre à part pour me dire que le "mot juste" était "traumatisme"... »
- « Lors de mes séjours dans des établissements, il m'arrivait d'avoir des rappels éclair... On me disait de me concentrer sur ma toxicomanie. »
- « Si jamais je suis un autre programme de traitement en milieu résidentiel, je veux connaître les qualifications des conseillers et conseillères avant de commencer. J'ai toujours pensé être [un cas lourd] unique, parce qu'on ne pouvait m'aider en raison de la gravité de mes problèmes. »

Certaines femmes ont été incapables d'obtenir des services ou ont reçu un congé parce qu'on les percevait comme étant « trop difficiles à traiter » ou que leurs problèmes étaient « trop complexes ».

- « Tous mes problèmes ont ressorti et le personnel ne savait vraiment pas comment intervenir, alors on m'a rejetée. »
- « J'ai sans cesse commencé et abandonné des programmes de traitement en quatre ans. Personne ne veut rien savoir de moi et on dirait que c'est pire chaque fois. J'ai de la difficulté à me trouver un endroit où aller. »
- « J'ai traversé une période très difficile pendant deux ans où je consommais tous les jours. Je n'étais là bienvenue nulle part. Même avoir m'être abstenue de consommer pendant un an, peu importe où je me retrouvais, il ne pouvait y avoir d'aide pour une femme qui criait à journée longue dans son oreiller. Il n'y avait pas d'aide... »

Les structures des programmes ont contribué à créer des filets protecteurs et à appuyer les choix des femmes et le contrôle qu'elles pouvaient exercer.

- « La structure du milieu résidentiel est ce qui me donnait un sentiment de sécurité. »
- « Le fait d'avoir ma propre chambre et mon propre espace me donnait un sentiment de sécurité. Parfois, il suffit d'avoir un espace où on sait que personne ne peut venir l'envahir... c'est pourquoi j'ai choisi ce programme par rapport à ceux qui n'offraient pas de chambres individuelles. »
- « On vit ensemble... comme une famille. »
- « Un grand nombre des problèmes qui découlent de mon traumatisme ont lieu la nuit. C'est merveilleux de savoir que je peux compter sur de l'aide 24 heures sur 24. »
- « Le programme de counseling à l'externe m'a permis de participer pendant que je consommais et m'a aidée à acquérir des compétences pour arrêter de consommer. Il a répondu à mes besoins pendant que je consommais et a protégé les autres femmes aussi.

J'ai trouvé cela réconfortant, parce que je pouvais obtenir de l'aide alors même que je consommais. Dans ce programme, on ne me blâmait pas, on ne m'isolait pas et on ne me rejetait pas si je consommais ou si j'avais une rechute. »

Les structures de programmes peuvent aussi donner le sentiment d'être enfermée.

- « L'institutionnalisation d'une personne n'a rien de bon... Je ne suis jamais allée en prison, mais je pense que c'est, en quelque sorte, comme lorsqu'on ne peut sortir faire une marche ou quoi que ce soit. »

Les mères ont besoin de formes d'aide pratiques (services de garderie, programmes pour enfants) et de soutien pour traiter avec les services de protection de l'enfance.

- « Pour les mères célibataires, il est difficile d'obtenir des services de garderie ou d'autres formes d'aide. Les enfants souffrent parce que les mères ne peuvent obtenir d'aide. »
- « Les centres de femmes doivent offrir des services de garderie, parce qu'il est vraiment difficile de se rétablir, pour nous les femmes, lorsqu'on s'attend à ce nous soyons dans la cuisine à préparer des repas pour le mari et à nous occuper des enfants. »
- « Il est difficile d'obtenir des services quand on a des enfants. J'ai quatre enfants et je ne voulais pas les traumatiser en les confiant à une agence de protection de l'enfance pour pouvoir obtenir de l'aide. Quand les enfants sont dans le système, il est trop difficile de les reprendre et on risque de les perdre. Alors on est retraumatisée par le processus et les enfants aussi. C'est ce qui m'a empêchée d'obtenir l'aide dont j'avais besoin. Je gardais le sourire pour que personne ne me prenne mes enfants, mais je souffrais intérieurement. Cela me rongeaient et je ressassais continuellement les mêmes problèmes. On a besoin d'un programme qui intègre les enfants et qui leur confirme que tout va bien pour eux. Pour être capable d'obtenir les outils qui tiennent compte des traumatismes et pour aider les enfants à s'en sortir aussi. »
- « Il est difficile d'en parler [des besoins non

comblés d'une mère], parce que la perception est que je suis une ingratitude et que j'ai "besoin d'attention". »

- « Me faire prendre mes enfants, cela a été traumatisant. »
- « Pouvez-vous aider les agences de protection de l'enfance à comprendre? Lors d'une conférence de cas, on m'a dit qu'on soupçonnait que j'avais été violentée quand j'étais enfant. Personne ne m'avait demandé si j'avais été violentée et si je me sentais à l'aise d'en parler. Je me suis sentie revictimisée. »

Pour être capables de se sentir en sécurité et de faire confiance, certaines femmes avaient besoin de plus d'information et d'une plus grande clarté.

- « Je ne suis pas certaine des qualifications de la conseillère en matière de traumatismes et je ne sais pas où l'information va aboutir. Je crains que mon histoire soit connue. Ce n'est pas comme la confidentialité entre un médecin et la patiente. »
- « Savoir à qui s'adresser pour signaler un comportement inapproprié ou un écart de conduite de la part du personnel. Il est difficile de se plaindre d'un conseiller ou d'une conseillère, à cause de la [possibilité du manque de] confidentialité de son rapport. »
- « Je ne sais pas jusqu'à quel point je peux parler avec les conseillers et les conseillères, parce que je ne sais pas à quel point ils et elles ont de l'expérience par rapport aux traumatismes. Je ne connais pas non plus les limites, car j'ai peur de traumatiser un conseiller ou une conseillère. Cette personne pourra-t-elle l'assumer? »

Les femmes ont besoin de plus de services, de plus d'options et de plus de flexibilité, particulièrement par rapport au temps accordé pour les aider avec la démarche de rétablissement.

- « Pendant le traitement, on ne se concentre pas assez sur les traumatismes, par manque de temps. J'aimerais dire que je vais bien, mais ce n'est pas le cas. »
- « J'ai cherché de l'aide et je n'ai rien trouvé. On m'a suggéré de faire quelque chose d'illégal pour que le tribunal

me trouve une place quelque part. Et c'est ce qui est arrivé. »

- « Il n'y a tout simplement pas de services. Quand il y a en a, on n'a pas assez de temps à consacrer à tous les problèmes. »
- « Vingt-et-un jours, ce n'est pas assez pour traiter un traumatisme et s'en rétablir. »
- « J'aimerais un programme de trois mois seulement pour les femmes et seulement sur les problèmes spécifiques aux traumatismes. La présence des hommes détourne trop l'attention. »
- « Je me sentais sur le point de comprendre les points sur lesquels il fallait travailler et, subitement, je ne disposais plus de temps et je ne savais pas quoi faire. Je suis une mère célibataire de quatre enfants, mais pour ce qui est des services à l'extérieur du Centre, aucun autre endroit n'offre de services de garderie. C'est un gros obstacle. »
- « Après mon départ [traitement en résidence], ma consommation de substances et mon automutilation ont explosé. Il aurait été utile d'avoir plus de temps à consacrer aux traumatismes. »
- « On établit la relation et la confiance et puis là, on n'a plus de temps et c'est fini. Je me sentais comme si je devais tout recommencer. Je suis encore en train d'essayer de trouver s'il y a des services dont la durée n'est pas aussi courte. »
- « La transition d'une conseillère à l'autre lorsqu'un programme particulier se terminait a été difficile. »

Les femmes étaient découragées, dévalorisées et blâmées par un manque de compréhension des médecins praticiens et praticiennes, ainsi que du personnel des salles d'urgence. Les démarches visant à obtenir de l'aide de certaines de ces femmes ont été repoussées ou bloquées.

- « Je n'ai vraiment pu discuter de quoi que ce soit avec quelqu'un... J'ai commencé à remettre des choses en question et c'est à ce moment que j'ai décidé que j'avais vraiment besoin de quelqu'un avec qui parler. Je l'ai mentionné à mon médecin, qui m'a envoyée voir un psychologue. Et lui, il voulait savoir pourquoi j'en parlais encore, alors que c'était arrivé il y avait tellement longtemps? »

- « La salle d'urgence ne pouvait pas m'aider. C'était très triste. Je me suis présentée à quelques reprises, terrifiée, en leur disant que j'étais suicidaire, que je ne pouvais ni manger ni dormir, que je gardais mon enfant de quatre ans à la maison pour avoir une raison de ne pas me tuer et tout ce qu'on me disait, c'était "vous allez bien, retournez à la maison". On aurait dit qu'on attendait que je me suicide avant de pouvoir m'aider. Je ne savais pas où aller. On me disait "vous êtes la seule à pouvoir vous en sortir", mais j'avais besoin de quelqu'un pour m'aider à m'en sortir. »
- « De l'hôpital au centre de "déttox", il doit y avoir de la compassion pour que ce nous vivons, dans le langage et le non-verbal utilisés, dans tout. »
- « L'année dernière, j'ai eu besoin d'aller au centre de crise de la salle d'urgence. Le psychiatre est l'une des personnes les plus grossières que j'ai jamais rencontrées. Il a essayé de me donner des médicaments dont je ne voulais pas. J'ai dû lui dire que j'étais toxicomane et que je ne pouvais pas les prendre. Il m'a regardé et m'a dit "Si j'étais dans votre peau, je serais déprimé, moi aussi". Je me suis complètement repliée sur moi-même. Je voulais seulement de l'aide, mais on m'a tout simplement fermé la porte au nez. »
- « J'habitais une petite ville et je me rendais fréquemment à la salle d'urgence. Chaque personne me traitait différemment. On me reléguait dans un coin ou j'étais la dernière à être vue par un médecin. J'ai peut-être des problèmes de santé mentale, mais je ne suis pas stupide. Je pouvais voir et entendre ce qui se passait. »

Les renseignements sur les services tenant compte des traumatismes ne sont pas tous faciles à trouver. Certaines femmes semblent avoir trouvé des services appropriés au hasard de leurs relations.

- « En fait, c'est mon patron qui m'a trouvé ce service. Avant de prendre mon courage à deux mains et de lui demander s'il savait où je pouvais m'adresser, je n'avais trouvé aucun programme de traitement, même avoir cherché pendant deux ans. »
- « Je n'avais rien pris pendant trois ans et j'avais fait

une rechute. J'ai essayé de trouver de l'aide dans l'annuaire téléphonique et je ne trouvais rien. C'est une de mes amies qui m'a parlé de ce programme et je me suis présentée. »

- « J'ai consommé pratiquement toute ma vie et je pensais à suivre un traitement. Je ne savais pas que cet endroit existait. Je ne l'ai trouvé que parce que ma conseillère y avait déjà travaillé. »
- « C'était une période désespérée de ma vie et j'ai regardé en ligne pour essayer de trouver n'importe quoi pour m'aider. Je ne sais pas comment quelqu'un qui n'a pas accès à Internet peut arriver à trouver de l'aide. »

Lorsque les femmes trouvaient des services pouvant les aider avec leur double rétablissement, elles devaient tout de même relever de nombreux défis pour les obtenir. Ils sont mentionnés ci-après.

La dévalorisation

- « Dans une petite ville où tout le monde sait ce qu'on fait, il est difficile d'accéder à des services. C'est un traumatisme en soi. »
- « Il n'était pas question d'en parler à mon médecin, à cause de la peur et de la honte de révéler ce que je vivais. »
- « La dévalorisation était un très gros obstacle. C'est pourquoi j'ai abouti très loin de la maison. »

Des besoins non comblés pour certaines formes d'aide (p. ex., des services de garderie et de transport)

- « Je ne voulais pas m'éloigner de mes enfants. »
- « Pas d'argent pour une gardienne ou l'autobus. Je n'arrivais pas à me présenter à mes rendez-vous. »
- « Le transport est un problème. J'ai pris trois autobus pour me rendre ici chaque jour. »
- « Quand ma voiture est tombée en panne, je n'ai pas été capable de me rendre [aux sessions de groupe] pendant un mois. »

La durée de l'attente pour obtenir les services

- « Après avoir pris la décision d'obtenir de l'aide, il y a eu un délai de sept semaines avant que je voie quelqu'un pour me faire évaluer. »
- « Après avoir pris la décision d'obtenir de l'aide, la longue liste d'attente [de plusieurs semaines] pour les services à l'externe a vraiment été décourageante. »
- « Il faut attendre pour tout... »

Résumé des commentaires provenant des groupes de discussion

Les commentaires des femmes soulignent les nombreuses forces du système de services d'aide aux personnes consommatrices de substances de l'Ontario, mais ils font aussi ressortir des besoins non comblés et des pratiques qui sapent la participation et le rétablissement des femmes.

Certains de ces problèmes peuvent être résolus par l'adoption, dans le système, de pratiques tenant compte des traumatismes. En voici des exemples :

- Veiller à ce que les membres du personnel féminins travaillent avec les clientes
- Aider les femmes à se sentir en sécurité et les aider lors de réactions traumatiques
- Donner des renseignements explicites sur les services
- Adopter des approches plus flexibles (p. ex., durée du séjour)
- Aiguiller vers des services auxiliaires et divers soutiens

Certains des problèmes indiqués par les femmes ne peuvent être résolus directement par le système. Toutefois, l'accompagnement pourrait aider, par exemple dans les cas suivants :

- La dévalorisation, la discrimination et le manque de compréhension des autres services de soins de santé, particulièrement les services d'urgence et les soins actifs
- Le manque de services communautaires adéquats et la durée de l'attente pour obtenir les services existants

Nous soulignons notre profonde reconnaissance aux femmes qui ont participé aux groupes de discussion mentionnés dans ce document, pour leur courage et leur ouverture d'esprit.

Notes de fin de chapitre

Pour la référence complète, voir l'annexe B

¹ Courtois, 2012

² Brown, Petite, Haanstra et Stewart, 2009

³ Ibid.

⁴ Sturm, 2012

⁵ Newmann et Sallmann (2004), cités dans Sturm, 2012

⁶ Becker et coll., 2005, cités dans Sturm, 2012

⁷ Gatz et coll., 2005, cités dans Sturm, 2012

⁸ Anda, sans date

⁹ Commanditaires des groupes de discussion : Destiny Manor Addiction Treatment Services (Whitby); Centre Iris de rétablissement pour femmes toxicomanes (Sudbury); Service de la cour alternative de traitement de la toxicomanie du Centre toxicomanie et de santé mentale (Toronto); Jean Tweed Centre (Toronto); et Service de traitement de la toxicomanie des femmes (St. Joseph's Healthcare Hamilton).

Chapitre 4

À propos des traumatismes

Objectif du chapitre 4

Présenter au lecteur et à la lectrice les éléments suivants :

- la nature et les répercussions des traumatismes;
- la façon dont les traumatismes peuvent nuire à la participation aux services;
- les éléments déclencheurs et les nouveaux traumatismes;
- les stratégies concernant la sécurité.

Traumatismes et consommation de substances

Des recherches ont démontré que les types de traumatismes vécus par les femmes qui sont aux prises avec de graves problèmes de consommation de substances :¹

- sont souvent de nature interpersonnelle, intentionnels, prolongés et répétés (comme la violence sexuelle, l'inceste, la violence physique, la négligence grave et la violence psychologique grave), plutôt que des événements traumatisants uniques (comme les catastrophes naturelles, les accidents ou les crimes);
- peuvent également comprendre le fait d'avoir été témoin de violence, d'avoir subi des abandons répétés ainsi que des pertes traumatisantes soudaines;
- surviennent souvent à l'enfance et à l'adolescence, et peuvent se prolonger pendant plusieurs années de la vie d'une femme;
- peuvent souvent inclure plusieurs types différents d'expériences traumatisantes ou indésirables, y compris les traumatismes cumulatifs.

« Aucune liste de symptômes ne rend justice aux réactions personnelles et à l'angoisse vécues par la plupart d'entre elles [les femmes qui ont vécu des traumatismes] et leurs proches. »²

Des répercussions ayant une longue portée

Les traumatismes perturbent la femme dans son intégralité – l'impact sur l'esprit et le corps est l'imbrication de différentes réactions physiques et émotives.

La recherche et l'expérience clinique ont dégagé les répercussions générales des traumatismes sur la santé mentale et globale des femmes, ainsi que sur leurs comportements associés à la consommation de substances.

Les effets des traumatismes peuvent être graves, chroniques ou retardés, et peuvent inclure une maladie et des blessures physiques, ainsi que des effets psychologiques et développementaux.³

Ces effets peuvent se manifester par un vaste éventail de problèmes, par exemple :

- Les traumatismes cumulatifs ont des impacts neurologiques et peuvent entraîner des comportements à risque pour la santé ou des mécanismes d'adaptation mésadaptés; des dysfonctionnements graves et parfois chroniques, y compris une maladie, une invalidité et de graves problèmes sociaux et de santé mentale.⁴
- La recherche a démontré que les traumatismes vécus durant l'enfance augmentent grandement les risques d'un état de stress post-traumatique, d'une consommation de tabac, d'une dépendance à l'alcool, d'un usage de drogues injectables, de maladies transmissibles sexuellement, d'itinérance et d'une

myriade de problèmes de santé physique, ainsi que d'une qualité de vie globale réduite.⁵

- Les traumatismes vécus ont été associés à des problèmes de santé physique comme des troubles du sommeil, des problèmes cardiovasculaires, des changements dans le système nerveux central, des problèmes gastro-intestinaux et génito-urinaires, ainsi que des problèmes sexuels et de reproduction.⁶

Réactions et adaptations liées aux traumatismes

Les réactions aux traumatismes peuvent se manifester comme des problèmes d'intrusion, de diminution de la spontanéité et d'hyperexcitation.

Ces mécanismes, qui permettent à une femme de survivre au traumatisme, peuvent faire en sorte qu'il soit difficile pour elle de réagir efficacement aux défis du moment présent. Une femme peut revivre l'événement, avoir une consommation problématique de substances ainsi que d'autres comportements autodestructeurs lorsqu'elle tente d'atténuer la douleur ou d'y échapper.⁷

Intrusion

- Souvenirs récurrents et intrusifs de l'événement (p. ex., des images, des pensées, des perceptions)
- Retours en arrière – revivre l'expérience violente comme si elle survenait au moment même
- Cauchemars – revivre l'expérience dans un rêve et se réveiller en ayant très peur
- Détresse émotionnelle et psychologique lorsque la personne est exposée à des caractéristiques internes ou externes symbolisant un aspect de l'événement ou y ressemblant
- Souvenirs corporels – sensations corporelles associées à l'expérience, comme des odeurs ou des sons qui peuvent déclencher des souvenirs

Diminution de la spontanéité

- Se replier sur soi pour se protéger, éviter des situations ou réagir de manière insensible
- Se sentir engourdie ou n'avoir aucune émotion
- Tenter d'éviter des pensées, des émotions ou

des conversations associées au traumatisme

- Se dissocier – la personne observe les événements comme si elle était en dehors de son corps
- Être incapable de se souvenir des aspects du traumatisme
- Se désintéresser des événements importants ou y participer moins
- Se sentir à l'écart des autres
- Avoir un éventail restreint d'expressions émotionnelles
- Avoir l'impression que l'avenir est déjà écrit ou sans espoir

Hyperexcitation

- Ne jamais se sentir vraiment en sécurité
- Ressentir une anxiété accrue et réagir aux stimuli
- Réagir davantage avec excitation, comme éprouver plus facilement de la surprise
- Réagir de manière irritable ou disproportionnée par rapport à des choses ou à des événements mineurs
- Avoir toujours l'impression d'être potentiellement en danger
- Avoir des problèmes de sommeil, y compris des difficultés à s'endormir ou se réveiller fréquemment
- Avoir de la difficulté à se concentrer

Pour obtenir de plus amples détails sur les réactions aux traumatismes, voir le **chapitre 12**.

Les expériences traumatisantes sont souvent entourées de secret et de silence, niées ou minimisées; cela peut causer une grande confusion chez une femme.

Aider les femmes à comprendre les répercussions des traumatismes peut leur fournir de l'information importante sur le contexte et la fonction des réactions et des adaptations liées aux traumatismes. Par exemple, nommer le type de violence peut contrebalancer les façons trompeuses dont l'expérience a été présentée. Les femmes peuvent s'être fait dire que la violence était « de la discipline faite avec amour » ou une « introduction obligatoire à leur sexualité ». Elles

peuvent également s'être fait dire « tu m'as poussé à être « violent » ou « tu le méritais ».

Nommer le type de violence subi peut aider les femmes à comprendre que leurs réactions et adaptations aux traumatismes sont des réactions normales à des expériences anormales.

Elles peuvent considérer la consommation de substances comme une stratégie d'adaptation qui les a aidées à faire face aux traumatismes qu'elles ont vécus. Aider les femmes à avoir de la compassion pour elles-mêmes et leurs réactions leur permettra d'aller au-delà des traumatismes et d'anticiper un avenir avec d'autres possibilités pour leurs vies.

De nombreuses femmes consomment des substances pour s'aider à gérer un trouble émotionnel.

Par exemple, il n'est pas inhabituel pour une femme de consommer de l'alcool ou des opioïdes pour gérer l'hyperexcitation ou de la cocaïne pour ressentir un sentiment de contrôle et de pouvoir.⁸

Lorsque des femmes cessent de consommer des substances ou réduisent leur consommation pour en diminuer les effets nuisibles, il n'est pas rare qu'elles aient davantage de réactions liées aux traumatismes.

Il est essentiel d'aider les femmes à élargir leur répertoire avec d'autres façons de gérer leurs émotions ainsi que les expériences et les émotions bouleversantes.

Pour obtenir de plus amples détails sur les pratiques en matière de services, voir le **chapitre 6**.

« Elles [les femmes qui ont vécu des traumatismes] trouvent souvent qu'elles sont dans un "sale état". Les événements ne semblent avoir aucun sens, et elles [les femmes] se considèrent comme un ramassis chaotique et imprévisible de réactions [aux traumatismes]. Pour autant qu'elles aient besoin d'une solution à un problème en particulier, elles [les femmes qui ont vécu des traumatismes] doivent croire que leur comportement est compréhensible et qu'elles peuvent réussir à le contrôler. Une compréhension holistique et axée sur le traumatisme leur [les femmes qui ont vécu des traumatismes] donne une structure pour organiser et comprendre leur expérience. »⁹

Les problèmes liés aux traumatismes peuvent nuire à la participation d'une femme aux services.

Les répercussions des traumatismes peuvent avoir un effet négatif sur la capacité des femmes d'accéder à des services de santé mentale et de traitement de la consommation de substances, d'y participer et d'en profiter.¹⁰

Les traumatismes vécus peuvent détruire le sentiment de sécurité d'une femme, son estime d'elle-même et son auto-efficacité; elle peut donc trouver difficile de croire que les services seront réceptifs, efficaces et respectueux. Comme les traumatismes peuvent nuire à la capacité d'une femme de gérer ses émotions et d'entretenir des relations, elle peut trouver difficile de respecter les exigences d'un programme ou de participer à une relation thérapeutique reposant sur la confiance. Pour obtenir de l'information sur la relation thérapeutique, voir le **chapitre 7**.

Les répercussions des traumatismes peuvent également avoir un effet négatif sur la capacité des femmes d'accéder à d'autres types de soins de santé.

Le personnel, les procédures et les soins médicaux peuvent devenir des éléments déclencheurs de réactions aux traumatismes. Certaines femmes développent des phobies dans le cadre desquelles elles perçoivent leur corps comme la source ou la cause des traumatismes et des réactions qui y sont liées. Par conséquent, certaines femmes évitent les rencontres avec des fournisseurs et des fournisseuses de services médicaux, dentaires ou de soins de santé, ou négligent leurs soins personnels ou des procédures de santé nécessaires (p. ex., soins gynécologiques, dentaires et de santé bucco-dentaire).¹¹

Harris et Fallot¹² ont résumé les principaux problèmes qui devraient être considérés pour avoir conscience du large éventail des effets importants des traumatismes,¹³ dont voici une description ci-après.

- **Des répercussions sur plusieurs sphères de la vie.** L'exposition à un traumatisme rend une femme plus vulnérable à, entre autres, une consommation de substances et des problèmes de santé mentale; un large éventail de problèmes de santé physique; des difficultés relationnelles et interpersonnelles; des troubles de l'alimentation; des comportements compulsifs; et des tendances suicidaires.

- **Des répercussions profondes et altérant la qualité de vie.** Les femmes qui ont vécu des traumatismes peuvent venir à se considérer comme étant fondamentalement imparfaites et à percevoir le monde comme un endroit hautement dangereux, particulièrement lorsque les traumatismes ont été répétés et prolongés et qu'ils ont été perpétrés par ceux qui devaient être des fournisseurs et des fournisseuses de soins ou par d'autres personnes en position d'autorité.

- **Le risque que les traumatismes se répètent et se poursuivent.** Les personnes qui ont vécu des traumatismes courent davantage de risques de commettre des actes de violence ou d'être dans des situations ou des relations où elles vivent des traumatismes à répétition. Les répercussions des traumatismes peuvent être transmises aux générations suivantes.

- **Une plus grande vulnérabilité des personnes marginalisées.** Les femmes qui sont pauvres, sans abri, isolées, criminalisées, ou qui ont de graves problèmes de santé mentale, des déficiences développementales ou des problèmes de consommation de substances courent davantage de risques de subir une victimisation violente.

- **Des répercussions sur des relations potentiellement utiles.** La vigilance vigilante est souvent un mécanisme défensif important. Cependant, cette stratégie d'adaptation peut faire en sorte qu'il est plus difficile pour elle de se sentir en confiance et de maintenir des liens avec des personnes qui peuvent l'aider et la soutenir, y compris des relations non professionnelles (p. ex, amis, famille) et des fournisseurs et fournisseuses de soins professionnels (p. ex., services de traitement de la consommation de substances, autres services de soins de santé).

- **Des répercussions des traumatismes vécus dans un contexte de service.** Les pratiques et les activités – des services de traitement de la consommation de substances et d'autres types de soins de santé – peuvent traumatiser de nouveau les femmes par inadvertance dans les milieux où elles cherchent de l'aide.

- **Effets des traumatismes sur les membres du personnel.** Les traumatismes « indirects » peuvent grandement perturber le personnel qui offre des services de première ligne, ainsi que le personnel de l'administration et le personnel de soutien.

Tirer profit des forces des femmes qui ont vécu des traumatismes

« Lorsque les femmes constatent le pouvoir de leurs stratégies de défense et d'adaptation, elles en viennent à croire qu'elles ont la force et la sagesse nécessaires pour apporter des changements dans leur vie. »¹⁴

Les femmes qui ont vécu des traumatismes disposent d'un éventail de ressources personnelles et interpersonnelles, dont certaines ne sont pas liées aux traumatismes.

Elles ont toutes développé des habiletés d'adaptation et des ressources qui leur permettent de survivre. Les pratiques tenant compte des traumatismes vécus déterminent et valident la signification de ces forces et ces ressources. Collaborer avec une femme pour tirer profit de ses forces améliore l'auto-efficacité ainsi que la résilience et donne de l'espoir.

Il est important de valider la résilience, même lorsque des adaptations et des méthodes d'adaptation antérieures posent maintenant problème.

Comprendre qu'une réaction à un traumatisme est une adaptation peut réduire la culpabilité et la honte d'une femme, accroître son estime de soi et offrir une voie pour développer de nouvelles habiletés et ressources permettant de nouvelles adaptations plus efficaces pour sa situation actuelle.¹⁵

« Le fait d'avoir survécu à un traumatisme signifie que j'ai des habiletés d'adaptation, une intuition et une résilience exceptionnelles ceux qui survivent à un traumatisme peuvent être des gens très fonctionnels et le sont souvent. Même si nous sommes parfois incapables de prendre soin de nous et de faire des choix sécuritaires, cela ne veut pas dire que nous ne nous connaissons pas et n'avons pas conscience de nos besoins. »¹⁶

Réduire les risques de la retraumatisation

Dans tout milieu aidant, les femmes courent le risque de vivre une retraumatisation.

Lorsqu'une situation, une interaction ou un environnement provoque des sentiments et des réactions associés à un traumatisme vécu par une femme, cela peut déclencher un nouveau traumatisme ou une retraumatisation. Il est important de déterminer les éléments déclencheurs potentiels et de les retirer.

« Le personnel masculin ouvrant les portes [des chambres des femmes] d'un centre de désintoxication n'est pas un environnement sécuritaire. »
Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Si les pratiques d'un programme empirent les réactions d'une femme à son traumatisme ou sont perçues comme étant dangereuses ou menaçantes, elles peuvent lui faire du mal plutôt que de l'aider. Par exemple, les approches axées sur une confrontation agressive qui sont traditionnellement utilisées dans certains services de traitement de la consommation de substances peuvent déclencher des réactions aux traumatismes (comme des comportements défensifs ou combatifs) empêchant une femme de continuer à participer dans ce type de services.¹⁷

« Premièrement, ne faites pas plus de mal. Reconnaissez le mal qui a été fait. »¹⁸

Les éléments déclencheurs et la retraumatisation sont habituellement involontaires.

Les fournisseurs et fournisseuses de services n'ont souvent pas conscience de la façon dont une situation ou un comportement provoque une réaction traumatique. Les actions pouvant déclencher des réactions traumatiques ou une retraumatisation chez une femme peuvent être évidentes ou beaucoup moins évidentes; par exemple :

Actions évidentes : examens gynécologiques; utilisation de la contention; menaces ou harcèlement

Actions beaucoup moins évidentes : un examen ou une procédure dentaire; une étreinte ou un contact physique rassurant; ne pas être crue; un membre du personnel masculin entrant dans la chambre d'une femme (p. ex., pour vérifier la présence au lit)

« Lorsque la conseillère nous a appelées "mesdames", cela a été un élément déclencheur. Lorsque j'étais enfant, on m'a dit après m'avoir violente "tu es une dame maintenant", comme s'il s'agissait d'un rite de passage. Je préfère que nous soyons appelées "femmes" ».

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Les croyances et les attitudes du personnel peuvent rappeler ou représenter par inadvertance les messages négatifs que les femmes ont reçus par rapport aux traumatismes.

Certains membres du personnel des programmes de traitement de la consommation de substances peuvent croire que parler des traumatismes vécus antérieurement ou actuellement nuira au rétablissement ou sera même de l'apitoiement. Ces façons de penser et attitudes peuvent rappeler à une femme qu'elle a été réduite au silence par le passé – elles peuvent équivaloir à se faire dire de ne pas parler la violence subie, comme cela avait été le cas auparavant. Elles peuvent également susciter de la honte ou insinuer qu'une femme a exagéré, ou même qu'elle a causé le traumatisme ou pourrait l'empirer en le révélant. ¹⁹

« Lorsque j'étais en traitement, il m'arrivait d'avoir des rappels éclair – on me disait de me contenter de me concentrer sur ma dépendance. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Mettre la sécurité au premier plan

La sécurité est l'élément principal du rétablissement d'un traumatisme et de la résolution de problèmes de consommation de substances.

La sécurité signifie différentes choses pour différentes femmes. Plutôt de présumer de ce qui peut aider une femme à se sentir en sécurité, un conseiller ou une conseillère doit discuter avec elle de ce que signifie la sécurité pour elle et collaborer avec elle pour définir des objectifs et des stratégies qui fonctionnent pour elle. ²⁰

Les conseillers et les conseillères travaillent avec chaque femme pour anticiper des éléments déclencheurs précis et l'aider à déterminer ce qui l'aidera à se sentir en sécurité. Ils et elles peuvent également contribuer à soutenir son sentiment de sécurité et sa sécurité physique en l'aidant à développer un ensemble d'habiletés de base pour gérer ses réactions liées aux traumatismes et prendre soin d'elle-même de manière saine.

« Je me souviens que la conseillère m'a dit : "eh bien, c'est logique" et pouvait voir que mon processus de réflexion n'était pas aussi bizarre que je le croyais. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Pour de plus amples renseignements sur les stratégies et les outils que les femmes peuvent utiliser pour gérer les éléments déclencheurs et les réactions traumatiques, voir le **chapitre 6**.

En outre, d'excellentes ressources qui fournissent de l'information supplémentaire sur la façon d'aider les femmes à établir ou à augmenter leur sécurité comprennent le manuel Seeking Safety de Mme Najavits et des sites Web comme www.ibiblio.org/rcip/coping-skills.html. ²¹

Le tableau suivant indique comment certaines pratiques utilisées dans les services de traitement de la consommation de substances peuvent déclencher des réactions traumatiques chez les femmes qui ont vécu des traumatismes durant leur enfance. Ces types d'expériences négatives et pouvant provoquer une retraumatisation sont tout aussi pertinents pour les femmes qui ont vécu des traumatismes durant leur adolescence ou leur vie adulte. Il faut également noter que les traumatismes vécus pendant l'enfance et à l'âge adulte peuvent aussi se reproduire dans d'autres milieux de service de soins de santé. Le tableau a été adapté du travail de Jennings, 2009.

Les traumatismes vécus précocement peuvent se reproduire dans les milieux offrant des services

Répercussions	Expérience précoce	Expérience de l'adulte
Ne pas être vue ni entendue	Le professionnel ou la professionnelle (psychiatre, pédiatre, services de santé mentale) s'occupant de l'enfant n'a pas enquêté sur la violence sexuelle ou n'en a pas vu les signes. L'enfant n'a pas obtenu le bon diagnostic. Aucun traitement n'a été offert ou un traitement malavisé a été donné.	La femme n'a pas été évaluée par rapport au traumatisme. Les répercussions du traumatisme sont écartées ou ne sont pas identifiées ou prises en compte. La femme n'a pas obtenu le bon diagnostic. Le traitement est malavisé ou parfois, nuisible.
Être isolée	L'enfant a vécu son expérience seule et de manière isolée. Elle s'est demandé : « Pourquoi cela n'arrive qu'à moi? » Elle a cru avoir été ciblée, être différente des autres, être la seule au monde à être violée ou violentée.	On ne discute pas avec la femme des traumatismes qu'elle a vécus. Personne ne parle ouvertement aux femmes de la prévalence et des répercussions des traumatismes. La femme est isolée et laissée seule avec le traumatisme qu'elle a vécu.
Être blâmée et humiliée	Lorsque l'enfant se comportait mal en raison de son traumatisme, elle a été qualifiée de fille « difficile à gérer » ou « à problème ». Elle a été blâmée, a reçu des fessées ou a été confinée dans sa chambre en raison de sa colère, de ses cris et de ses pleurs. Les « mauvais » comportements de l'enfant ont été perçus comme un problème de fonctionnement inhérent. Les répercussions des facteurs environnementaux (p. ex., les traumatismes) n'ont pas été reconnues ni considérées.	Les réactions et les adaptations aux traumatismes de la femme sont perçues comme étant une « non-conformité », une « résistance au traitement », une « recherche d'attention », une « manipulation », ou la femme est considérée comme « n'étant pas motivée » ou comme étant « difficile à traiter ». La terreur, la rage et la tristesse exprimées par les femmes entraînent des « conséquences », comme la perte de privilèges, le rejet ou l'expulsion des services. Les émotions et les comportements de la femme sont attribués à sa personnalité. Les répercussions des facteurs environnementaux (c.-à-d., des traumatismes vécus) ne sont pas considérées ni reconnues.
Être impuissante	La personne qui a violenté l'enfant avait un pouvoir/contrôle absolu. Les sentiments intenses exprimés par l'enfant, particulièrement la colère dirigée vers les parents, sont souvent punis et réprimés.	Le personnel du programme et les conseillers et les conseillères ont du pouvoir, de l'autorité et du contrôle sur la participation continue d'une femme à un programme et les liens vers d'autres ressources. Les sentiments intenses, particulièrement la colère envers le personnel, doivent être réprimés; s'ils sont exprimés, ils sont passibles de coercition ou d'expulsion.

En complément des stratégies de sécurité, les femmes peuvent avoir besoin de formes de soutien essentielles.

Une femme qui est dans une relation non sécuritaire ou qui n'a pas de sécurité de logement ou de sécurité alimentaire peut avoir besoin de soutien pour contacter des ressources qui l'aideront à réaliser des stratégies de sécurité. Voici des exemples :

- Une femme peut avoir besoin d'information ou de liens proactifs de soutien qui l'aideront à répondre à ses besoins immédiats de logement, de transport, de sécurité alimentaire, de soins médicaux et de santé, ainsi que des liens vers des ressources relatives à la violence contre les femmes, sur l'admission à un hôpital ou sur l'évaluation pour obtenir des médicaments.
- Les mères peuvent avoir besoin de différentes formes de soutien (p. ex., prendre des dispositions pour la prestation des soins à leurs enfants, accéder à un soutien parental, traiter avec les services de protection de l'enfance ou régler des questions de garde).
- Des femmes peuvent également être responsables de s'occuper de parents âgés, d'autres membres de leur famille qui ont besoin d'aide, ou d'animaux domestiques ou d'élevage. Elles peuvent avoir besoin d'aide pour trouver des ressources qui leur permettront de prendre d'autres dispositions pour assurer leurs soins.

« Les milieux dans lesquels elles [les femmes] se trouvent semblent sécuritaires lorsque leurs expériences sont validées et que l'on répond à leurs besoins réels. »²²

**Exemple de cas –
Sécurité des femmes dans
un milieu mixte**

Offrir un milieu sécuritaire peut être particulièrement difficile lorsque des femmes et des hommes reçoivent des services dans le même milieu. Un organisme du nord-ouest de l'Ontario nous a transmis certaines des stratégies qu'il utilise pour relever les défis associés à leur établissement résidentiel mixte.

Notre première obligation est d'informer les femmes que, bien que les programmes soient propres à chaque sexe, des services sont offerts à des hommes au même endroit. Nous prenons toutes les mesures possibles pour assurer la sécurité. Voici des exemples :

- Les unités résidentielles des femmes sont complètement séparées de celles des hommes, y compris toutes les salles de réunion et les aires communes.
- Des membres du personnel féminins répondent aux besoins en matière d'entretien ménager; les membres du personnel masculins n'entrent pas dans les chambres des clientes.
- Les portes entre les unités des femmes et des hommes sont verrouillées entre 23 h et 7 h.
- Le personnel est de service 24 heures par jour, et des gardiens de sécurité sont présents entre 16 h et 8 h.
- Tous les programmes sont séparés. Les groupes de traitement pour les femmes et les hommes sont animés par du personnel du même sexe que le groupe.
- Des stratégies d'adaptation sont présentées et enseignées au tout début.
- Des situations difficiles et provocatrices peuvent survenir lorsque des clientes et des clients se sont rencontrés par le passé et se voient dans la zone commune désignée pour les fumeurs et les fumeuses. Si une situation quelconque survient pendant le traitement, nous y réagissons immédiatement.

Notes de fin de chapitre

Pour la référence complète, voir l'annexe B

¹ Jennings, 2008

² Courtois, 2012

³ Courtois, 2012

⁴ Jennings, 2008

⁵ Wu, Schairer, Dellor et Grella, 2010

⁶ Poole, 2011

⁷ McEvoy et Ziegler, 2006

⁸ Steward, 2007

⁹ Harris et Fallot, 2001

¹⁰ Poole, 2011

¹¹ Courtois, 2012

¹² Fallot et Harris, 2009

¹³ Fallot et Harris, 2009

¹⁴ Harris et Fallot, 2001

¹⁵ Elliott, Bjelajac, Markoff, Fallot et Reed, 2005

¹⁶ Forum provincial sur les traumatismes « Trauma Survivor »

(2007), au Klinik Community Health Centre, 2008

¹⁷ Moses, Reed, Mazelis et D'Ambrosio, 2003

¹⁸ Courtois, 2012

¹⁹ Elliott, Bjelajac, Markoff, Fallot et Reed, 2005

²⁰ McEvoy et Ziegler, 2006

²¹ Najavits, 2002

²² Markoff et Finkelstein, retrouvé en ligne, à

http://www.healthrecovery.org/projects/trauma_integration/

Chapitre 5

Une perspective multidimensionnelle

Objectif du chapitre 5

Discuter de l'importance des approches qui tiennent compte du contexte global de la vie des femmes, dont la compétence culturelle et les approches antioppressives

Comprendre le contexte de la vie des femmes et en tenir compte

Les services qui fonctionnent efficacement avec les femmes consommatrices de substances dépassent l'objectif unique axé sur la consommation problématique de substances ou même du double objectif axé sur les traumatismes et la consommation de substances.

Pour établir une relation thérapeutique solide avec une femme, les fournisseurs et les fournisseuses de services doivent comprendre les enjeux liés aux traumatismes et à la consommation de substances comme faisant partie d'un tout.

« Les recherches démontrent que la toxicomanie est rarement, voire jamais, un enjeu unidimensionnel pour les femmes. La toxicomanie fait toujours partie d'un tout qui comprend les antécédents particuliers d'une femme, et les facteurs sociaux, économiques et culturels qui créent le contexte de sa vie. Par conséquent, dans un traitement visant les femmes [consommatrices de substances], il est essentiel de partir du principe que la théorie et la pratique devraient être fondées sur une perspective multidimensionnelle. »¹

Certains des défis qui devraient être pris en considération sont les suivants :

- l'incidence de la dévalorisation;
- les problèmes culturels et la compétence de l'organisme à cet égard;
- la sécurité d'une femme, et son besoin de sécurité et de planification en situation de crise;
- les incidences des déterminants sociaux de la santé et les problèmes pratiques qui peuvent concerner l'hébergement, la sécurité du revenu, la sécurité alimentaire et d'autres déterminants sociaux;
- son accès aux soins et les obstacles qui peuvent l'empêcher d'avoir cet accès;
- les problèmes de santé mentale, de santé physique et de développement concomitants et les liens qui peuvent être utiles;
- les répercussions importantes de l'implication du système de justice pénal ou des services de protection de l'enfance;
- les autres liens qui peuvent être établis avec les fournisseurs et les fournisseuses de soins de santé, de services sociaux et d'autres services visant à soutenir sa santé et son bien-être.

Les conseillers et conseillères devraient travailler avec les femmes pour les aider à cerner leurs atouts – ainsi que leurs défis – et pour apprécier leur résilience.

Lorsque la relation thérapeutique reconnaît les défis relevés par chaque femme et les forces qui lui ont permis de relever ces défis, on peut mettre l'accent sur sa résilience. Le conseiller ou la conseillère peut aider une femme à tirer parti des stratégies d'adaptation créatives qu'elle a adoptées.

Pour de plus amples renseignements sur la façon dont les conseillers et les conseillères peuvent aider les femmes à reconnaître leurs forces et leurs atouts et à tirer parti de ceux-ci, voir le **chapitre 6**.

La vulnérabilité aux traumatismes augmente chez les femmes les plus marginalisées.

Les femmes sont marginalisées par divers facteurs : ²

- beaucoup de femmes font l'objet de préjugés et de discrimination fondés sur des concepts culturels tels que le sexe, la race, l'origine ethnique, l'aptitude ou l'orientation sexuelle;
- bon nombre sont marginalisées par la pauvreté, le manque d'éducation, la criminalisation et les problèmes socioéconomiques ou de classe;
- la responsabilité des soins aux enfants et aux autres personnes à charge est souvent assumée sans aide adéquate, voire sans aide;
- les femmes peuvent manquer d'aide de la part de leur conjoint ou de leur famille ou être victimes de mauvais traitements et de violence à l'âge adulte, aux mains de leur conjoint et d'autrui.

« La connaissance de la violence envers autrui dans la communauté ou le groupe ethnoracial d'une personne peut s'accumuler comme des gouttes d'acide sur une roche, jusqu'à ce qu'une goutte la fracasse. » ³

Certains groupes de femmes sont fortement touchés par les traumatismes intergénérationnels et historiques. Par exemple, les femmes qui sont membres des Premières nations et de communautés autochtones au Canada ont été profondément touchées par la colonisation, les pensionnats, le racisme et la pauvreté.

« Le sens qu'on donne à la violence et aux traumatismes peut varier selon la culture. La guérison se fait au sein du contexte culturel et du réseau de soutien d'une femme. Les différents groupes culturels peuvent avoir des ressources uniques qui favorisent la guérison. La compétence culturelle n'exige pas que chaque fournisseur ou fournisseuse de services ait une connaissance détaillée de chaque culture, mais plutôt qu'il faut reconnaître l'importance du contexte culturel... en posant des questions, en faisant preuve d'ouverture par rapport à suivre une formation et en essayant de comprendre l'expérience et les réactions de la femme selon l'optique de son contexte culturel. » ⁴

Diversité et inclusion

L'inclusion devrait être une valeur et une pratique des organismes de tous les fournisseurs et fournisseuses de services.

L'inclusion exige une sensibilité aux facteurs culturels qui peuvent atténuer des expériences de traumatisme. Dans notre société, les services sont élaborés à partir des cultures dominantes; par conséquent, ils peuvent renforcer involontairement la dévalorisation, la discrimination, les stéréotypes et les inégalités présents dans la société. Cela peut entraîner des pratiques et des obstacles qui excluent.

Les fournisseurs et les fournisseuses de services doivent déterminer et adapter les pratiques organisationnelles et relatives aux services qui peuvent marginaliser, dévaloriser ou exclure certaines femmes. En comprenant les hypothèses et les piliers culturels et en réfléchissant à la façon dont ceux-ci influencent les approches et les programmes cliniques, le personnel pourra mieux répondre aux besoins de tous les membres des communautés qu'il dessert.

« La compétence culturelle, c'est bien plus que le dernier concept à la mode dans notre domaine. C'est la meilleure façon de s'assurer que les personnes que nous servons reçoivent un traitement qui est pertinent à leurs yeux. » ⁵

« Participer à mes propres pratiques culturelles m'a aidée à me sentir en sécurité... on n'a rien dit, mais je pouvais éprouver un sentiment de libération... Je me sentais respectée et cela me donnait un sentiment d'appartenance. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

« La compétence culturelle permet à tout le personnel d'un organisme de travailler selon les valeurs et la réalité d'une femme... Cette compétence reconnaît et intègre également les variations culturelles dans les comportements, les croyances et les valeurs acceptables sur le plan normatif... et intègre ces variables dans l'évaluation et le traitement. » ⁷

La compétence culturelle est essentielle aux pratiques à adopter pour tenir compte des traumatismes.

Laura Brown souligne que le fait de travailler de manière compétente sur le plan culturel exige plus que de se contenter de suivre un ensemble de règles sur la façon de travailler avec les membres d'un groupe spécifique. Tous les individus – y compris les clients, les clientes et le personnel des fournisseurs et des fournisseuses de services – font partie de nombreux groupes culturels. Mme Brown qualifie les influences de ces groupes de « nombreuses composantes de l'identité ». ⁶

Beaucoup de femmes se considéreront comme faisant partie de plus d'un groupe ou d'une culture.

Certaines de ces influences et associations culturelles peuvent être immédiatement évidentes. D'autres peuvent se révéler au fil du temps. Chaque « composante » de l'identité culturelle d'une femme peut être une source de risque et de résilience.

Pour travailler de manière compétente sur le plan culturel, les fournisseurs et les fournisseuses de services doivent éviter de formuler des hypothèses sur la culture d'une femme.

Ils devraient commencer par comprendre que chaque femme est l'« experte » sur le plan de sa vie et s'inspirer d'elle afin de pouvoir répondre aux influences culturelles qu'elle a cernées elle-même et aux diverses incidences de la culture à mesure qu'elle en fait l'expérience.

Les organismes devraient prouver à toutes les femmes qu'ils apprécient leurs connaissances et leur expérience et veulent s'inspirer d'elles, collaborer avec elles et partager le pouvoir avec elles.

Les stratégies organisationnelles qui visent à être inclusives et sensibles à diverses expériences aideront à créer des services qui sont basés sur des principes de justice et d'équité sociales. ⁸

Certaines des dimensions dont les fournisseurs et les fournisseuses de services devraient tenir compte en cherchant à se renseigner sur les communautés qu'ils et elles desservent comprennent ce qui suit : ⁹

- Comment l'organisme fournit-il des services à divers groupes?
- Quel est l'environnement dans lequel ces services sont offerts?
- Dans quelle mesure les femmes de divers milieux se sentent-elles incluses dans les services?
- Quelles activités culturelles s'adressent à des populations spécifiques?
- Comment les services peuvent-ils être adaptés ou rendus plus accessibles à des groupes particuliers?

- Y a-t-il des membres du personnel qui connaissent la langue des femmes qui ne parlent pas anglais?
- Quels sont les réseaux créés avec des spécialistes et des membres de la communauté qui peuvent aider l'organisme à augmenter ses connaissances sur la communauté?

Les organismes devraient soutenir la compétence culturelle du personnel.

Mme Laura Brown encourage les conseillers et les conseillères et d'autres travailleurs et travailleuses de première ligne à avoir conscience des nombreuses « composantes » de leur propre identité (y compris, mais sans s'y limiter, le sexe et le genre, l'origine ethnique, la classe sociale, l'orientation sexuelle, le patrioisme autochtone, les expériences en matière d'immigration, l'invalidité et la spiritualité) et à comprendre comment ces composantes se recoupent.

Mme Brown encourage également le personnel à accepter la « réalité des préjugés » comme étant un des aspects de l'être humain.¹⁰ Par exemple, les membres du personnel peuvent adopter inconsciemment un point de vue ethnocentrique, c'est-à-dire en ne se considérant pas comme appartenant à une culture spécifique et en estimant que les notions de « culture » ne concernent que les *autres*.¹¹ Il faudrait encourager les membres du personnel à réfléchir aux différences culturelles; cela peut les aider à déterminer les répercussions possibles de ces différences sur leurs propres attitudes et comportements.

Approches antioppressives

Tous les fournisseurs et les fournisseuses de services devraient utiliser les approches antioppressives avec tous les clients et les clientes, à titre de bonne pratique.

Il est particulièrement important que ces approches soient utilisées parce que les expériences d'oppression peuvent amplifier l'incidence des traumatismes. L'oppression peut renforcer les sentiments d'impuissance d'une femme et ériger des obstacles concernant l'accès aux services et au soutien dont elle a besoin.

Au même titre que la compétence culturelle, les approches antioppressives exigent que les conseillers et les conseillères évitent de formuler des hypothèses ou de réagir à des stéréotypes, et s'efforcent de considérer chaque femme « pour ce qu'elle est ». Les approches antioppressives exigent également que les fournisseurs et les fournisseuses de services et les planificateurs et les planificatrices de programmes réfléchissent aux attitudes enracinées et aux politiques et pratiques organisationnelles qui pourraient renforcer les expériences d'oppression des femmes.

« Notre culture qui tient compte des traumatismes repose sur le "pouvoir avec" plutôt que sur le "pouvoir sur", tout en reconnaissant les différences de pouvoir. Cela signifie se concentrer sur les forces d'une femme et l'aider à en tirer parti. »

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances –
Ontario 2012

Une trousse d'outils élaborée pour les services d'assistance aux victimes définit des approches antioppressives qui encouragent :¹²

- à prendre une introspection honnête comme point de départ;
- à poser des questions neutres sur le plan des valeurs et à écouter les réponses;
- à examiner les croyances sociétales au sujet de la santé mentale et des problèmes de toxicomanie et à résister à ces croyances;
- à comprendre les oppressions comme le racisme, le sexisme, la pauvreté, l'homophobie, la transphobie, la colonisation, et la façon dont toutes ces oppressions se rapportent à des croyances au sujet de la santé mentale et des problèmes de toxicomanie;
- à maintenir une attitude de neutralité engagée durant l'offre des services;
- à se concentrer sur les comportements et le contexte plutôt que sur les étiquettes et les diagnostics.

Problèmes de santé mentale concomitants

Les recherches ont démontré les liens entre les expériences de traumatismes et les problèmes de santé mentale, ainsi qu'avec la consommation problématique de substances.

« En fait, la plupart des formes non organiques majeures de souffrance et de troubles mentaux ont été associées à au moins une forme de victimisation interpersonnelle chez les femmes. »¹³

Ces formes comprennent l'accroissement de la dépression, l'anxiété, les troubles cognitifs tels que le désespoir et une faible estime de soi, la dissociation, la somatisation, les problèmes sexuels, la consommation problématique de substances et les comportements suicidaires.

« Parfois, il vaut mieux n'avoir personne du tout que d'être avec des gens qui ne savent pas ce qu'ils font. »¹⁴

Une femme qui a vécu des traumatismes peut manifester une « gamme déconcertante de symptômes » et des niveaux élevés de stress.¹⁵

Il est possible que les femmes qui cherchent de l'aide pour leurs problèmes de toxicomanie ou de santé mentale ne se fassent pas poser de questions sur les traumatismes. La sensibilisation à la prévalence et aux répercussions des traumatismes psychologiques est relativement récente. En l'absence de cette conscientisation, les réactions aux traumatismes vécus par les femmes ont souvent été mal lues ou mal interprétées. La psychiatre et chercheuse Judith Herman souligne que les femmes qui ont vécu des traumatismes sont souvent mal diagnostiquées et mal traitées.

Beaucoup de femmes reçoivent des diagnostics multiples qui ne tiennent pas compte de leurs expériences traumatisantes.

Les diagnostics qu'elles reçoivent couramment (comme le trouble de la personnalité limite, la somatisation ou le trouble dissociatif de l'identité) ont souvent un sens péjoratif et peuvent provoquer de vives réactions négatives chez les fournisseurs et les fournisseuses de soins. Elles peuvent ne pas être perçues comme étant crédibles et peuvent être accusées de simulation ou de manipulation.¹⁶

« Une fois que nous avons étiqueté une femme comme souffrant d'une maladie mentale grave, que cette étiquette soit une évaluation précise ou non, nous considérons ses rapports de violence sexuelle et physique en fonction de ce diagnostic. »¹⁷

Les femmes qui ont des problèmes de santé mentale courent également des risques plus élevés d'être victimes de violence.

« Je n'arrive pas à trouver une personne qui comprend ce qui m'arrive, qui sait ce qu'elle fait et qui peut m'aider à travailler sur mes traumatismes. »¹⁸

Femme avec expérience vécue

Les problèmes de santé mentale d'une femme ou les médicaments qu'elle prend pour ceux-ci, peuvent compromettre son jugement. Pour elle, il peut être plus difficile de se protéger contre la violence, les attaques, les mauvais traitements et les rapports sexuels forcés.¹⁹ Des problèmes comme l'itinérance, la pauvreté et les problèmes de toxicomanie peuvent également contribuer à la vulnérabilité d'une femme. Les systèmes de services de santé mentale peuvent reproduire davantage les expériences d'impuissance

des femmes, en recourant à des pratiques coercitives comme l'hospitalisation involontaire, des moyens de contention ou l'administration forcée de médicaments.

« Dans le système, vous devez vous battre tous les jours, à chaque minute, pour éviter de vous sentir inutile, pour garder votre esprit en vie. »²⁰
Femme avec expérience vécue

Une évaluation qui tient compte des traumatismes aidera à s'assurer que les réactions et les adaptations liées aux traumatismes ne sont pas mal diagnostiquées.

Cela aidera également à déceler d'autres problèmes de santé mentale qui peuvent aussi toucher une femme. Les problèmes de santé mentale devraient être évalués par un clinicien qualifié ou une clinicienne qualifiée qui comprend bien les pratiques à adopter pour tenir compte des traumatismes.

Les pratiques à adopter pour tenir compte des traumatismes exigent un dépistage et une évaluation adaptés et réalisés en ménageant le rythme, afin de repérer des réactions sous-jacentes fondées sur les traumatismes.

Lorsqu'une évaluation qui tient compte des traumatismes a été effectuée, on peut élaborer des plans de services qui abordent les problèmes de santé mentale ainsi que les traumatismes et les problèmes de toxicomanie. Le traitement des problèmes de santé mentale peut être fourni par des services qui sont aptes à traiter des troubles concomitants ou par des aiguillages vers des services de santé mentale appropriés. Des aiguillages judicieux vers les ressources communautaires et une planification de traitement holistique et exhaustive peuvent aider à répondre aux besoins complexes des femmes qui ont vécu des traumatismes et ont des problèmes de santé mentale et de toxicomanie concomitants.

« J'ai demandé au médecin... et il a dit que parce que j'ai une maladie mentale, cela dépend si un thérapeute voudra même m'accompagner. Je suis le mouton noir du système. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Pour des renseignements détaillés sur le dépistage systématique des traumatismes, voir le **chapitre 6**. Pour en savoir plus sur l'évaluation, voir le **chapitre 12**.

Notes de fin de chapitre

Pour la référence complète, voir l'annexe B

¹ Covington, 2002

² BC Association of Specialized Victim Assistance & Counselling Programs, 2007

³ Ibid.

⁴ Elliott, Bjelajac, Markoff, Fallot et Reed, 2005

⁵ Rosenberg, 2011

⁶ Brown, sans date

⁷ Betancourt et coll., 2002, cités dans Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs, 2009

⁸ Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs, 2009

⁹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2000

¹⁰ Brown, sans date

¹¹ Haarman, 2004, cité dans Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs, 2009

¹² BC Association of Specialized Victim Assistance & Counselling Programs, 2007

¹³ Briere et Jordan, 2004

¹⁴ Herman, 1992

¹⁵ Jennings, 1997

¹⁶ Herman, 1992

¹⁷ Harris et Landis, 1997

¹⁸ Jennings, 1997

¹⁹ Morrow, sans date

²⁰ Jennings, 1997

Chapitre 6

Les services dont les pratiques tiennent compte des traumatismes vécus

Objectif du chapitre 6

Fournir au personnel de première ligne des renseignements accessibles, spécifiques et pratiques sur les principes fondamentaux des services d'aide qui tiennent compte des traumatismes vécus et sur la transformation des pratiques cliniques

« Les services qui tiennent compte des traumatismes ne sont pas spécifiquement conçus pour traiter... les traumatismes, mais ils tiennent compte des problèmes liés aux traumatismes et y sont sensibles... Un système "qui tient compte des traumatismes" en est un au sein duquel tous les éléments de ses services ont été réexaminés et évalués à la lumière de connaissances fondamentales du rôle que [les traumatismes] jouent dans la vie [des femmes] qui recherchent des services d'aide pour la santé mentale et la toxicomanie... »¹

Qu'entend-on par des services d'aide tenant compte des traumatismes pour les personnes consommatrices de substances?

Les pratiques tenant compte des traumatismes sont bénéfiques pour toutes les femmes qui accèdent au système de services d'aide aux personnes consommatrices de substances, qu'elles aient vécu des traumatismes ou non, et que leur expérience traumatique soit connue ou non.

Étant donné le taux considérable de traumatismes vécus par les femmes qui consomment des substances, les services d'aide aux personnes consommatrices de substances devraient s'efforcer de tenir compte des traumatismes, tant dans les services mixtes que les services adaptés aux femmes.

Les pratiques tenant compte des traumatismes reconnaissent les répercussions des traumatismes et intègrent ces connaissances dans tous les aspects de la prestation du service, de l'élaboration des politiques aux pratiques de gestion, sans oublier les soins de première ligne. Les pratiques tenant compte des traumatismes constituent également de bonnes pratiques. Pour que ces pratiques soient bénéfiques à une femme, il n'est pas nécessaire qu'elle divulgue des expériences traumatisantes (voire, qu'elle ait vécu un traumatisme).

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes rehaussent les échanges et la pratique des fournisseurs et fournisseuses de services.

En travaillant selon une optique qui tient compte des traumatismes, les fournisseurs et fournisseuses de services peuvent reformuler et revaloriser les tentatives des femmes pour composer avec des expériences traumatiques. Ainsi, une femme qui peut auparavant avoir été qualifiée de « rebelle » ou comme ayant « des comportements déviants » est désormais considérée comme en train d'essayer de réagir, de s'adapter ou de faire face à un traumatisme

« Pour les [femmes] ayant vécu des traumatismes, il n'est pas inhabituel de manifester une variété de comportements... Elles peuvent être jugées injustement et même qualifiées de rebelles, d'intransigeantes, de contrôlantes et de manipulatrices. Un fournisseur ou une fournisseuse de services [peut] éprouver de la colère envers [une femme] qui peut avoir vécu un traumatisme, remettre en question ses propres habiletés et avoir des doutes sur la motivation de la femme pour ce qui est de changer, créant ainsi une situation potentiellement nocive des deux côtés. »²

et à des expériences traumatiques. L'angle des échanges change, passant du blâme (*Qu'est-ce qui cloche avec cette femme?*) au respect et à la compréhension (*Qu'est-il arrivé à cette femme?*).

Les traumatismes sont non seulement très fréquents chez les femmes consommatrices, mais leurs répercussions peuvent être très variables.

Certaines femmes ne vivent que quelques réactions à la suite d'un traumatisme, alors que d'autres présentent un vaste éventail de réactions, de bénignes à débilitantes.

« Les répercussions du stress causé par des traumatismes peuvent être dévastatrices et durables, ainsi que nuire au sentiment de sécurité d'une femme, à son aptitude d'autorégulation, à son estime de soi, à sa perception du contrôle, à son auto-efficacité et à ses relations interpersonnelles. Certaines vivent peu [de réactions] après avoir vécu un traumatisme, alors que d'autres peuvent éprouver des problèmes plus importants et durables. »³

Base de connaissances tenant compte des traumatismes

Les fournisseurs et fournisseuses de services qui tiennent compte des traumatismes intègrent à leur travail certains concepts clés, en comprenant notamment que :

- les pratiques qui tiennent compte des traumatismes sont différentes des services spécifiques aux traumatismes;
- le fait de travailler en tenant compte des traumatismes n'exige pas qu'une femme parle de son traumatisme ou qu'on s'assure qu'elle obtienne des soins spécifiques aux traumatismes – en fait, *avant qu'une femme soit prête, au moment et de la façon qui lui conviennent*, à parler de ses expériences traumatiques avec un fournisseur ou une fournisseuse de

service en qui elle a confiance et qui possède les compétences requises, il est antithérapeutique de précipiter la divulgation et cela peut faire plus de mal que de bien;

- les services qui tiennent compte des traumatismes ont l'avantage de soutenir toutes les femmes, qu'elles aient vécu un traumatisme ou non.

Les témoignages des femmes consommatrices de substances et ayant vécu des traumatismes peuvent guider les fournisseurs et fournisseuses de services.

« Les fournisseurs et fournisseuses de services doivent me considérer comme une personne qui souffre, qui a besoin de leur compassion et non pas de leur dédain. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Les fournisseurs et fournisseuses de services ont également conscience de ce qui est approprié et n'est pas approprié en travaillant avec des femmes consommatrices de substances. Le tableau ci-après énumère certaines des différences entre les approches qui tiennent compte des traumatismes et celles qui n'en tiennent pas compte. Les avantages découlant des soins qui tiennent compte des traumatismes sont nombreux, peu importe le milieu.

« [Lorsque]... le fournisseur ou la fournisseuse de service travaille en tenant compte des traumatismes, la compréhension qui en découle peut réduire la frustration, améliorer la communication, accroître la qualité de la relation et augmenter la satisfaction envers le travail. Investir dans une optique qui tient compte des traumatismes ne produit pas plus de travail, cela rend facile plutôt le travail et le rend plus satisfaisant. »⁴

Guide à l'intention des fournisseurs et fournisseuses de services qui tiennent compte des traumatismes

À FAIRE	À ÉVITER
<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître à quel point les traumatismes sont fréquents et leurs vastes répercussions, y compris l'interrelation entre les traumatismes et la consommation de substances 	<ul style="list-style-type: none"> • Exiger que la femme divulgue ses expériences traumatiques ou s'y attendre
<ul style="list-style-type: none"> • Se servir de ces connaissances comme point de départ de tous les aspects de la prestation de services 	<ul style="list-style-type: none"> • Commencer une intervention spécifique aux traumatismes avec les femmes, tout en étant préparé ou préparée à utiliser des techniques de sécurité fondamentales ou sur la conscience de l'ici-maintenant lorsque la divulgation se produit (voir Divul-gation, plus loin dans le chapitre)
<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître l'éventail de réactions émotionnelles que les femmes peuvent manifester à cause d'un traumatisme et les considérer non pas comme « des comportements problématiques », mais comme des réactions à des expériences de vie douloureuses pouvant être des stratégies d'adaptation étant (ou ayant été), en fait, des stratégies de survie 	<ul style="list-style-type: none"> • Demandez des détails sur les expériences traumatiques avec une femme qui peut avoir commencé le processus de divulgation
<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître que cet éventail de réactions émotionnelles peut nuire à sa capacité, voire l'éliminer, d'atteindre certains buts au sujet de sa consommation de substances 	<ul style="list-style-type: none"> • Se concentrer sur un « diagnostic » ou sur la nature particulière de l'expérience traumatique
<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître qu'il peut être difficile d'établir une relation thérapeutique ou un rapport avec des femmes qui ont vécu des traumatismes 	<ul style="list-style-type: none"> • Oublier que la femme n'a pas encore consenti à recevoir des services spécifiques aux traumatismes

Principes fondamentaux des pratiques de services tenant compte des traumatismes

À partir de la recherche documentaire, six principes fondamentaux ont été dégagés.^{5,6,7,8} Les principes directeurs des approches de services d'aide aux personnes consommatrices de substances reposant sur des preuves tangibles dont la pratique est très répandue en Ontario les complètent.⁹

Les six principes fondamentaux des pratiques qui tiennent compte des traumatismes à utiliser dans les milieux de services d'aide aux personnes consommatrices de substances sont :

- 1) la reconnaissance;
- 2) la sécurité;
- 3) la confiance;
- 4) le choix et le contrôle;
- 5) les approches fondées sur la relation et la collaboration;
- 6) les modalités du renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces.

Pour chacun de ces six principes, nous présentons :

- les **concepts** sous-jacents;
- les **considérations relatives aux pratiques** (connaissances à acquérir ou éléments à comprendre pour mettre le principe en pratique);
- les **questions suscitant l'autoréflexion** (pour réfléchir sur les pratiques individuelles et sur les services de l'organisme);
- des **mis en application des pratiques** (compétences ou stratégies à acquérir pour être apte à offrir des soins tenant compte des traumatismes);
- des **exemples de pratiques** (exemples concrets pouvant être mis en œuvre au sein d'un organisme);
- des **lignes directrices**, dont des indicateurs suggérés (pratiques, processus et politiques que les conseillers et conseillères spécialistes de la consommation des substances doivent intégrer à leur travail et à leur milieu de travail pour tenir compte des traumatismes, avec des exemples d'indicateurs possibles sur la mise en application de chaque ligne directrice).

Après la présentation approfondie des six principes fondamentaux, nous examinons également trois enjeux importants dont les praticiens et praticiennes qui souhaitent offrir des services tenant compte des traumatismes devraient considérer :

- **La divulgation** – Comme les femmes peuvent avoir des réactions traumatiques ou commencer à divulguer des expériences traumatiques à n'importe quel stade de l'interaction, les fournisseurs et fournisseuses de services d'aide aux personnes consommatrices de substances doivent traiter les réactions traumatiques ou la divulgation en utilisant des stratégies appropriées – dont l'autoréconfort, la conscience de l'ici-maintenant et l'autogestion de la santé (prendre soin de soi) –, et surveiller les problèmes d'établissement de limites.

- **Le dépistage systématique qui tient compte des traumatismes** – Points à considérer et stratégies à utiliser lorsqu'on pose des questions sur les expériences traumatiques aux femmes lors de leur processus d'admission et d'évaluation (ce qui est différent d'une évaluation spécifique aux traumatismes, qui est traitée en profondeur dans le **chapitre 12**).

- **Le maternage et les relations de famille** – Perspectives dont il faut tenir compte, par rapport aux répercussions uniques qu'entraîne le traumatisme subi par une femme sur sa relation avec ses enfants.

1. Principe de la reconnaissance – Considérations relatives aux pratiques tenant compte des traumatismes

La reconnaissance de l'omniprésence des traumatismes chez les femmes, et tout particulièrement de ses interrelations avec la consommation de substances, constitue le premier bloc de construction des services d'aide aux personnes consommatrices de substances qui veulent tenir compte des traumatismes.

« Tous les services qui adoptent une approche tenant compte des traumatismes commencent par sensibiliser le personnel et la clientèle sur la prévalence des traumatismes, sur le rôle central de leurs répercussions sur le développement d'une personne, sur le vaste éventail d'adaptations [que les femmes] utilisent pour faire face et survivre, et sur la relation entre les traumatismes, la consommation de substances, la santé physique et les problèmes de santé mentale. Ces connaissances sont le fondement d'une culture organisationnelle qui tient compte des traumatismes. »¹⁰

Principe de la reconnaissance – Considérations relatives aux pratiques tenant compte des traumatismes

Voici les considérations relatives aux pratiques respectant le principe de la reconnaissance :

- 1) Comprendre l'omniprésence des traumatismes chez les femmes consommatrices de substances.
- 2) Accepter l'omniprésence des traumatismes sans s'attendre à une divulgation à leur sujet de la part des femmes.
- 3) Remettre les réactions traumatiques dans leur contexte.
- 4) Encourager le processus du changement

Reconnaissance – Considération relative aux pratiques n°1

Reconnaître le lien très répandu entre les traumatismes et la consommation de substances.

Pour les fournisseurs et fournisseuses de services qui travaillent selon une approche tenant compte des traumatismes, la première étape consiste à reconnaître l'omniprésence des traumatismes et leurs répercussions profondes, dont le rôle central qu'ils jouent dans tous les aspects de la vie de nombreuses femmes consommatrices de substances, notamment leur santé physique, leurs problèmes de santé mentale, leur travail, leur autogestion de la santé, leurs relations, l'implication de leur famille d'origine, leur maternage ou les autres personnes dont elles sont responsables. Une expérience traumatique aura probablement aussi des répercussions sur le rétablissement d'une femme consommatrice de substances.

« À court terme, les substances peuvent être d'une grande efficacité pour changer l'humeur. Par exemple, [les femmes]... peuvent utiliser de la cocaïne et d'autres stimulants pour augmenter leur niveau d'énergie et leur concentration, ainsi que diminuer leur sentiment de torpeur affective. D'autres peuvent recourir à des neurodépresseurs... pour diminuer leurs états d'hyperexcitation physique, émotionnelle et cognitive. Ces substances peuvent aider à diminuer temporairement leur anxiété et leur perception d'être en constant danger. »¹¹

Reconnaissance – Considération relative aux pratiques n° 2

Ne pas s'attendre à la divulgation.

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes présument que toutes les femmes consommatrices de substances peuvent avoir vécu des traumatismes, mais ne s'attendent pas à ce que les femmes divulguent leurs expériences traumatiques. Ces services estiment qu'il vaut toujours mieux reconnaître, en tant que pratique systématique, l'omniprésence des

expériences traumatiques, plutôt que de poser des questions sur les traumatismes de manière impérieuse, ce qui peut avoir un effet déclencheur sur les femmes et risquer de les retraumatiser.

Reconnaissance – Considération relative aux pratiques n°3

Redéfinir les perceptions relatives aux « comportements problématiques ».

Les fournisseurs et fournisseuses de services qui tiennent compte des traumatismes acceptent la prévalence des traumatismes, reconnaissent leurs vastes répercussions et redéfinissent ensuite leurs perceptions relatives aux « comportements problématiques » (comme la « rébellion » ou d'autres difficultés à atteindre des objectifs ou à gérer des attentes cliniques). Leur perception est plutôt celle d'une femme qui s'adapte, qui réagit ou fait face à des expériences traumatiques. Ils et elles reconnaissent aussi que le vaste éventail de réactions traumatiques d'une femme s'est souvent avéré fonctionnellement approprié, et possiblement nécessaire à la survie, en raison des circonstances de sa vie. Ces réactions (y compris la consommation de substances) l'ont aidée à faire face à son traumatisme et à y survivre.

« Il est important de valider la résilience, même lorsque les comportements d'adaptation associés au passé causent des problèmes à l'heure actuelle. Comprendre [que la réaction traumatique] est une adaptation diminue la culpabilité et la honte [d'une femme], augmente son estime de soi et donne un fil directeur pour acquérir de nouvelles compétences et ressources qui produisent de nouvelles adaptations convenant mieux à la situation actuelle. »¹²

Reconnaissance – Considération relative aux pratiques n° 4

Croire au processus de changement.

Un traumatisme peut avoir des répercussions profondes et de longue durée sur le développement

d'une femme, en changeant sa perspective sur le monde, ses réactions socioaffectives, sa perception d'elle-même et son aptitude à faire confiance. Toutefois, dans le cadre d'une intervention respectueuse et tenant compte des traumatismes, les femmes consommatrices de substances peuvent transformer leurs réactions associées à un traumatisme en nouveaux comportements plus fonctionnels. Certaines femmes transcendent leurs expériences traumatiques et vivent une croissance post-traumatique.

Principe de la reconnaissance – Questions suscitant la réflexion

Voici quelques questions suscitant la réflexion, afin de mieux comprendre le principe de la reconnaissance :

- Reconnaissez-vous les réactions traumatiques, même si une femme ne vous en parle pas explicitement?
- Êtes-vous capable de faire des liens entre la consommation de substances d'une femme et ses gestes ou comportements, ainsi que de comprendre qu'ils peuvent constituer des réactions traumatiques (y compris la consommation de substances)?
- Êtes-vous capable de travailler avec une femme dans un climat paisible et respectueux, sans vous attendre à ce qu'elle divulgue une expérience traumatique?
- Pouvez-vous modifier votre perception des comportements des femmes consommatrices de substances, et passer d'une attitude qui les qualifie de « rebelles » ou de « résistant au traitement » à une attitude qui accepte ces comportements comme étant des réactions traumatiques, pour travailler à partir de ces comportements?
- Pouvez-vous utiliser des stratégies motivationnelles pour produire l'espoir et l'optimisme nécessaires pour inciter les femmes consommatrices de substances et ayant vécu des traumatismes à apporter des changements dans leur vie?

Principe de la reconnaissance – Mises en application des pratiques tenant compte des traumatismes

Les pratiques tenant compte des traumatismes utilisées par les fournisseurs et les fournisseuses de services peuvent reconnaître l'omniprésence des expériences traumatiques chez les femmes consommatrices de substances sans s'attendre à une divulgation ou sans les questionner à ce sujet.

Reconnaissance - Mise en application de pratiques n° 1

Reconnaître les réactions traumatiques.

Lorsqu'une femme a vécu des traumatismes, elle peut avoir des rappels de ces événements. Ces rappels peuvent se produire sans avertissement : un son, une odeur ou même un sentiment peut faire revivre une expérience traumatique.

Les réactions traumatiques varient beaucoup d'une femme à l'autre. En voici quelques exemples :

- sensations physiques : rythme cardiaque élevé, dépression respiratoire légère ou muscles tendus;
- réactions émotives excessives : colère, peur ou irritabilité sans raison ou démesurée lors de certaines situations ou à l'égard de certaines personnes, sans même s'en rendre compte;
- évitement : rester à l'écart des gens ou remettre certaines tâches quotidiennes à plus tard, pour éviter de vivre des rappels;
- consommation d'alcool ou de drogue pour essayer de se sentir mieux;
- évitement de ce qui peut rappeler le traumatisme (objets, endroits, personnes, etc.);
- hypervigilance, sentiment d'« être sur ses gardes » ou nervosité, produisant des difficultés à dormir ou à se concentrer.

Lorsqu'on remarque qu'une femme semble être dans un état de torpeur, apathique ou en colère, il faut envisager que les interactions produisent des rappels pour cette femme. Pour en savoir plus sur les réactions et adaptations traumatiques, voir le **chapitre 4**.

Reconnaissance - Mise en application de pratiques n° 2

Examiner les points où le premier contact a lieu.

Tout commence à la porte d'entrée, ou même avant. L'accueil qu'obtient une femme lors de sa première visite à un service d'aide aux personnes consommatrices de substances lui transmet un message sur la façon dont elle sera traitée à cet endroit. Il faut déterminer tous les points où le premier contact d'une femme avec une pratique tenant compte des traumatismes peut avoir lieu, notamment :

- le site Web de l'organisme;
- la documentation écrite de l'organisme, dont les dépliants et les brochures, ainsi que les autres médias (annonces à la radio ou à la télévision qui connaissent une grande diffusion, contenu d'autres espaces Web comme le portail Connex Ontario, par exemple);
- les contacts personnels sous forme de messages de boîte vocale ou de réponses aux appels téléphoniques, d'accueil de la réceptionniste ou des personnes au service de l'admission de l'organisme, ou du personnel de l'équipe dans la communauté.

« On se sent accueillie quand on sait ce qui va se passer et qu'on se fait informer au sujet des petites choses simples, même si c'est juste "vous allez attendre encore un peu". Ça peut avoir l'air banal, mais pour nous, cette information est importante. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Reconnaissance - Mise en application de pratiques n°3

Monter un répertoire des interventions du personnel.

Le personnel clinique et non clinique doit être formé au sujet des situations qui peuvent surgir, comme une femme qui appelle ou qui se présente dans un état de détresse. Le personnel clinique peut colla-

borer avec le personnel non clinique pour élaborer des scénarios, des simulations ou d'autres stratégies qui aideront tous les membres du personnel à réagir de manière appropriée aux femmes qui ont vécu des traumatismes. Il faut aussi avoir une liste de ressources sur la sécurité auxquelles on peut envoyer ou aiguiller les femmes (p. ex., les refuges pour femmes).

Reconnaissance - Mise en application de pratiques n° 4

Adapter les procédures d'évaluation.

Les procédures d'évaluation et d'admission doivent être adaptées afin de poser des questions sur les traumatismes de manière systématique, sans obliger les femmes à les divulguer avant d'être prêtes à le faire. Voir **Dépistage systématique tenant compte des traumatismes** plus loin dans ce chapitre.

Reconnaissance - Mise en application de pratiques n°5

Être honnête avec soi-même.

L'organisme élabore un outil d'autoévaluation pour que le personnel puisse déterminer ses capacités personnelles d'intervention auprès des femmes qui ont vécu des traumatismes, y compris la compétence à reconnaître qu'il faut passer le dossier à un clinicien ou à une clinicienne qui possède des compétences plus poussées et de la formation au sujet des traumatismes.

« Le plus important, c'est la validation. La validation. La validation. Et reconnaître ce qui nous est arrivé et pourquoi nous avons agi de cette façon. Pour voir combien le tout est lié. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Principe de la reconnaissance – Exemples de pratiques

Les organismes peuvent mettre en place de nombreuses stratégies pour veiller à ce que les points de premier contact des femmes tiennent compte des traumatismes et les reconnaissent. En voici des exemples :

- La documentation écrite (dont le contenu des sites Web) comprend des renseignements sur les traumatismes et utilise un langage qui montre que l'organisme comprend la relation entre la consommation de substances et les traumatismes.
- Pour veiller à ce que le langage tienne compte des traumatismes, le personnel dispose d'un scénario pour enregistrer ses messages de boîte vocale et pour accueillir les femmes à l'entrée.
- Les messages sont très clairs. Lors du premier contact téléphonique, une femme se fait donner tous les renseignements de base et pratiques, notamment :
 - des directives simples et claires pour se rendre à l'organisme;
 - ce à quoi s'attendre à l'arrivée;
 - le nom du conseiller, de la conseillère ou de la personne qui la verra;
 - la durée du premier rendez-vous.
- S'il y a une période d'attente avant le premier rendez-vous, le personnel détermine si la femme a besoin d'appui et l'aiguillera vers des ressources « bienveillantes », s'il y a lieu.
- On donne aux femmes la possibilité de poser des questions ou d'exprimer leurs préoccupations.

2. Principe de la sécurité – Considérations relatives aux pratiques tenant compte des traumatismes

« La sécurité physique et émotionnelle [pour les femmes] est la clé des pratiques tenant compte des traumatismes, parce que [les femmes qui ont vécu des traumatismes] se sentent souvent en danger, ont probablement subi des expériences de violation de limites et d'abus de pouvoir, et sont peut-être impliquées dans des relations à risque [ou vivent dans des environnements à risque]. »¹³

Dans les services tenant compte des traumatismes, la définition de la sécurité dépasse la dimension physique, afin de comprendre la sécurité émotionnelle et culturelle. Les femmes qui ont vécu des traumatismes se sentent souvent en danger, non seulement dans certaines situations, mais aussi dans des relations. Les services qui tiennent compte des traumatismes s'efforcent d'intégrer toutes les facettes de la sécurité dans chaque aspect de leurs services.

Principe de la sécurité – Considérations relatives aux pratiques tenant compte des traumatismes

Voici les considérations relatives aux pratiques respectant le principe de la sécurité :

- 1) Reconnaître les nombreux aspects en cause lorsqu'on établit un milieu sécuritaire pour les femmes qui ont vécu des traumatismes, dont les aspects émotionnels, psychologiques, physiques et culturels.
- 2) Mettre l'accent sur l'établissement des relations, en fournissant des services flexibles dans la mesure du possible.
- 3) Assurer la sécurité de tous et toutes dans l'organisme (personnel et clientèle).
- 4) Trouver des moyens d'augmenter la sécurité émotionnelle et physique des femmes dans des milieux mixtes.

Sécurité – Considération relative aux pratiques n° 1

La sécurité comprend de nombreuses facettes.

Les services tenant compte des traumatismes comprennent que les femmes qui ont vécu des traumatismes ont besoin de se sentir en sécurité, physiquement et émotionnellement. La sécurité est établie dans chaque interaction et se caractérise en assurant la sécurité physique (selon la perception des femmes consommatrices de substances) et en minimisant ou en évitant les éléments déclencheurs qui peuvent créer une réaction traumatique. La sécurité est aussi établie et manifestée par une sensibilité culturelle qui tient compte de l'âge, de la race, de la classe, de la religion, d'une invalidité et de l'orientation sexuelle.

« Comme les traumatismes interpersonnels mettent souvent en cause les violations de limites et l'abus de pouvoir... [les services doivent] établir des rôles et des limites explicites. La protection de la vie privée, la confidentialité et le respect mutuel sont également d'importants aspects dans l'établissement d'un climat sécuritaire sur le plan émotionnel... les différences culturelles et la diversité (p. ex., l'ethnicité, l'orientation sexuelle) doivent être considérées et respectées. »¹⁴

Sécurité – Considération relative aux pratiques n° 2

L'engagement et la flexibilité renforcent l'environnement sécuritaire.

L'établissement des relations est un élément clé d'un environnement sécuritaire. Les fournisseurs et fournisseuses de services tenant compte des traumatismes reconnaissent qu'il faut du temps pour établir un rapport avec les femmes et veiller à ce que la relation thérapeutique ou de counseling soit fermement établie et définie. Ces services évitent les styles et approches thérapeutiques axés sur la confrontation, les

relations autoritaires et les demandes de changements qui peuvent décourager les femmes ou les retraumatiser, tout en éliminant leur sentiment de sécurité.

La flexibilité est aussi un élément clé : les services tenant compte des traumatismes s'assurent que les femmes se sentent à l'aise dans l'environnement où les services sont offerts. Ils adaptent leurs processus lorsque cela est possible, lorsque les femmes en font la demande ou que leur comportement indique le besoin de changer quelque chose.

« [Les fournisseurs et fournisseuses de services tenant compte des traumatismes] reconnaissent que [leurs] comportements possibles (dont le ton de la voix), et certaines situations, comme le dépistage des drogues, la contention ou l'isolement, peuvent retraumatiser les femmes lors de leurs échanges avec le personnel et ralentir le processus d'établissement d'une alliance thérapeutique. »¹⁵

Sécurité – Considération relative aux pratiques n° 3

Un environnement sécuritaire tient compte de la sécurité des autres clientes et du personnel.

Les services tenant compte des traumatismes accordent de l'importance à la sécurité physique, psychologique et émotionnelle, non seulement pour les femmes consommatrices de substances, mais aussi pour le personnel. Tous les membres du personnel d'un service tenant compte des traumatismes devraient se sentir appuyés dans leur travail par leurs collègues de tous les paliers de l'organisme. De plus, les autres clientes devraient se sentir assez en sécurité pour exprimer leurs idées, problèmes et préoccupations, tout en comprenant bien que les propos haineux ou blessants ne sont pas tolérés.

« Nous ne pouvons présumer que [les femmes] qui ont vécu des traumatismes comprendront ou reconnaîtront que leurs expériences découlent de traumatismes, ni que [ces femmes] feront toujours preuve de compassion à l'égard des comportements manifestés par les autres qui ont vécu des traumatismes. La conception d'un service tenant compte des traumatismes doit comprendre un programme d'éducation de la clientèle. »¹⁶

Sécurité - Considération relative aux pratiques n° 4

Les services mixtes peuvent connaître des difficultés supplémentaires pour ce qui est d'établir un environnement sécuritaire.

Dans les milieux mixtes – particulièrement les services de résidence ou de gestion du sevrage –, les membres du personnel féminins peuvent ne pas être disponibles 24 heures sur 24. Il est possible que seuls des membres du personnel masculins soient disponibles le soir et la nuit. Dans de tels cas, les organismes devraient organiser des discussions lors des sessions de formation ou de supervision du personnel sur les sujets suivants : les façons de réduire, voire d'éliminer, les éléments déclencheurs des femmes ayant vécu des traumatismes au sein des services mixtes; les mesures pouvant assurer la présence de membres du personnel féminins en tout temps dans un milieu mixte; les stratégies pour renforcer la sécurité des femmes en présence d'hommes (clients et membres du personnel). Par-dessus tout, il faut consulter les femmes.

« Au niveau pratique, il est parfois difficile d'éviter que les femmes ne tombent jamais sur des hommes dans un milieu mixte. Mais nous essayons de le minimiser.

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances

Principe de la sécurité – Questions suscitant la réflexion

Voici quelques questions suscitant la réflexion, afin de mieux comprendre le principe de la sécurité :

- Jusqu'à quel niveau vos activités et vos espaces assurent-ils la sécurité physique, émotionnelle et culturelle des femmes? Les services peuvent-ils être modifiés pour assurer la sécurité avec efficacité et uniformité?
- Dans les services mixtes, organisez-vous des discussions avec le personnel sur les moyens à prendre pour prévenir ou réduire les réactions traumatiques pouvant être déclenchées chez les femmes en présence des membres du personnel masculins?
- Avez-vous demandé aux femmes de vous faire part de leurs expériences par rapport à leur sentiment de sécurité dans votre programme? En quoi leurs commentaires ont-ils contribué à rendre votre programme plus sûr?
- Observez-vous attentivement les signes d'inconfort ou de malaise d'une femme? Comprenez-vous ces signes selon une optique qui tient compte des traumatismes?
- Y a-t-il assez d'espace personnel pour chaque femme, individuellement? Les femmes peuvent-elles choisir un endroit plus sécuritaire si elles ne se sentent pas en sécurité?
- Les femmes reçoivent-elles des explications claires et tenant compte des traumatismes sur chaque aspect des services fournis?
- Où et quand les services sont-ils fournis? D'autres personnes sont-elles présentes (p. ex., clients ou clientes, coanimateurs ou coanimatrices, agents ou agentes, membres de la famille)? Dans ce cas, quel est l'impact de leur présence? Les femmes avaient-elles été informées de leur présence à l'avance?
- Dans vos discussions avec les femmes, tenez-vous compte des situations potentiellement dangereuses de leur vie, comme la violence familiale ou un logement à risque?

Adapté de « *Creating Cultures of Trauma-Informed Care: A Self-Assessment and Planning Protocol* », Fallot et Harris, 2009

Principe de la sécurité – *Mises en application des pratiques tenant compte des traumatismes*

Un service qui tient compte des traumatismes peut établir et confirmer les nombreux aspects de la sécurité (don la sécurité physique, émotionnelle et culturelle), en mettant en application les pratiques ci-dessous.

Sécurité – Mise en application de pratiques n° 1

Évaluer le milieu dans lequel les services sont fournis et établir une liste de vérification.

Il faut prêter attention au caractère adéquat de l'espace physique. Les femmes qui ont vécu des traumatismes sont souvent hyperconscientes des espaces physiques dans lesquels elles se trouvent. Elles peuvent avoir une sensibilité explicite ou implicite à l'espace physique, ce qui a des répercussions sur leur sentiment de sécurité et sur leur aisance. Les organismes doivent évaluer le milieu dans lequel ils fournissent des espaces et l'aménager :

- pour que le milieu reflète une sensibilité aux problèmes de sécurité des femmes;
- pour que les femmes puissent faire des choix au sujet de leur sécurité personnelle, lorsque cela est possible

Ces aménagements pourraient comprendre :

- des couleurs chaudes mais paisibles;
- des articles qui réconfortent (couvertures, coussins moelleux, balles de stress);
- un espace séparé où on peut réfléchir tranquillement ou s'isoler lorsque la présence d'autres personnes est oppressante;
- des caméras de sécurité, un bon éclairage et des indications explicites dans les corridors, les sorties et les entrées;
- des indications sur les portes qui permettent à des femmes de partir rapidement et en toute sécurité si elles en ressentent le besoin.

À partir des résultats de l'évaluation du milieu physique, l'organisme devrait rédiger une liste de vérification mensuelle qui peut être intégrée à son processus de santé et de sécurité.

« Il y avait toujours des couvertures et cela m'aidait beaucoup. Je ressens le besoin de me couvrir, même si c'est seulement avec mon manteau. Je me rappelle du bureau de ma conseillère. Il y avait un divan, avec une couverture et un oreiller, et je prenais toujours la couverture, parce que je ne voulais pas qu'on voit mon visage pendant que je parlais. Cela m'a vraiment vraiment aidée. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Sécurité – Mise en application de pratiques n° 2

Offrir une atmosphère accueillante, claire et uniforme.

La sécurité est évidente et établie lors des procédures d'admission (et de toutes les activités de service par la suite) qui sont respectueuses, accueillantes, chaleureuses et amicales. La sécurité, tout particulièrement la sécurité émotionnelle, augmentera également si le personnel :

- donne des renseignements clairs sur les programmes lors des conversations avec les femmes, tout en fournissant des aide-mémoire sous forme de grands calendriers résumant les grandes lignes des programmes (par exemple) et de feuillets décrivant les programmes;
- assure des suivis fiables, par exemple, en rendant toujours les appels téléphoniques dans des délais raisonnables;
- manifeste des attentes prévisibles;
- planifie les rendez-vous de manière constante et uniforme.

« Il est vraiment important de savoir que le rendez-vous a toujours lieu à la même journée et à la même heure, chaque semaine, parce qu'on est tellement traumatisées qu'on ne pense pas clairement. Il faut que ce soit la même chose, toutes les semaines. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Sécurité – Mise en application de pratiques n° 3

Donner des renseignements qui peuvent réduire l'anxiété ou le stress.

Les contacts préliminaires peuvent dépasser la simple collecte de renseignements sur les femmes et comprendre, par exemple :

- la présentation d'une femme à d'autres membres du personnel de l'organisme;
- des discussions sur les procédures et les protocoles de confidentialité, dont les limites légales de la confidentialité;
- des précisions sur les attentes;
- une description des autres personnes pouvant participer à l'offre de services (p. ex., coanimateurs, coanimatrices, membres de la famille).

Sécurité – Mise en application de pratiques n° 4

Saisir toutes les occasions d'intégrer des renseignements sur la sécurité.

Par exemple, les sessions d'information pour le personnel qui travaille avec les femmes, pourraient comprendre des discussions sur la sécurité. On devrait demander aux femmes de suggérer des mesures pouvant assurer la sécurité ou l'augmenter. Les participants et participantes de tous les groupes peuvent avoir des discussions sur la tolérance et la compassion à l'égard des autres personnes participant aux programmes. Les dépliants, les affiches, et le contenu Web peuvent présenter un énoncé sur les « droits et responsabilités en matière de sécurité ».

Sécurité – Mise en application de pratiques n° 5

Tenir compte de tous les aspects de la sécurité émotionnelle.

Avec les femmes qui ont vécu des traumatismes, il est possible d'augmenter la sécurité émotionnelle à l'aide de pratiques respectant les principes de la confiance, et du choix et du contrôle ainsi que des modalités de renforcement du pouvoir d'agir. Les fournisseurs et fournisseuses qui tiennent compte des traumatismes contribuent également à la sécurité émotionnelle des femmes.

Sécurité – Mise en application de pratiques n° 6

Donner aux femmes la possibilité d'exprimer et de montrer leurs émotions

Dans un milieu de services d'aide aux personnes consommatrices de substances, il est fort possible que de nombreuses femmes vivent des réactions ou des émotions traumatiques. Il faut donner à ces femmes la possibilité de montrer leur détresse et d'autres émotions pénibles. Lorsqu'une femme comprend qu'elle peut exprimer ses sentiments sans avoir peur d'être jugée, cela constitue une validation tacite de ses expériences.

Sécurité – Mise en application de pratiques n° 7

Montrer de l'ouverture par rapport aux aspects culturels

Les notions de traumatismes et de rétablissement des traumatismes varient selon le contexte culturel. Les fournisseurs et fournisseuses de service tenant compte des traumatismes posséderont les connaissances et les compétences pour travailler avec chaque femme en fonction de sa culture, en montrant de l'ouverture, en s'informant sur les variations et réactions culturelles, en posant des questions sur sa culture et en comprenant en quoi leur propre culture peut influencer leurs interactions avec une femme. Voici des exemples :

- Dans certaines cultures, on dissuade les femmes de parler de viol ou d'agression sexuelle ou on le leur interdit. Certaines femmes peuvent ne pas comprendre ce que sont les traumatismes.
- Les services avec résidence et les autres établissements qui vérifient la présence de femmes dans leur chambre doivent avoir conscience que, dans de nombreuses cultures, il n'est jamais acceptable qu'un homme pénètre dans la chambre d'une femme. Cela peut constituer un élément déclencheur ou retraumatiser des femmes.
- Si l'organisme peut offrir de la nourriture ou des boissons, il serait judicieux d'offrir une sélection qui

Sécurité culturelle — Exemple de pratiques

« Dans notre centre du nord de l'Ontario, lorsque des personnes venant de régions isolées et éloignées participent aux services de traitement en résidence, elles repartent avec un grand nombre d'outils et de stratégies d'adaptation. Toutefois, le cheminement d'une personne ayant vécu des traumatismes ne peut ni être précipité ni se terminer dans la période impartie à un traitement en résidence.

Le défi le plus important est le manque de soutien au sein des communautés isolées et éloignées. Il arrive souvent que le poste de soins infirmiers soit le seul soutien. Quelques personnes ont eu la bonne fortune de bénéficier du soutien d'un aîné ou d'une aînée ou de pouvoir aller dans la nature avec une autre personne.

Les traumatismes non traités continuent de tourmenter les familles et les communautés. Les répercussions des traumatismes intergénérationnels ont été bien documentées. Il n'est pas rare que les personnes qui ont vécu des traumatismes et qui consomment des substances fassent des rechutes et reprennent contact avec nous plus d'une fois avant de poursuivre leur guérison.

La dimension positive est que ces personnes reprennent contact avec ce centre. Nous avons pu aider certaines d'entre elles à s'engager dans des services de rétablissements et post-traitement. Certains clients et clientes autochtones ont intégré des pratiques traditionnelles à leur vie quotidienne. Notre centre respecte la culture autochtone. Nous avons ajouté à nos pratiques le Cercle de guérison et le port des peintures traditionnelles pour les offrir aux personnes que cela intéresse. »

Principe de la sécurité — Exemples de pratiques

Voici des exemples de mesures très simples que peuvent prendre des services tenant compte des traumatismes pour montrer aux femmes que leur sécurité est une préoccupation centrale :

- Faire le tour de l'organisme pour évaluer la signalisation. Il faut veiller à ce que les panneaux soient bien judicieusement placés, lisibles, explicites et utilisent une formulation accueillante qui évite de donner des ordres (« à faire », « à éviter », etc.) et évoquent plutôt les « droits et responsabilités ».
- Certaines femmes se sentent plus à l'aise lorsque les portes sont verrouillées. D'autres préfèrent des environnements ouverts. Il faut s'informer de leurs préférences et leur offrir des alternatives, si c'est possible. Dans tous les cas, il faut s'assurer que des sorties sont faciles d'accès.
- Faire le tour des salles d'attente, de la réception, des espaces collectifs et des salles d'entrevues en tenant compte des traumatismes. Ces espaces sont-ils confortables et invitants? Les femmes devraient être consultées au sujet de leurs observations et expériences sur l'espace physique à l'intérieur de l'organisme.
- Faire une tournée semblable pour l'extérieur, en observant le stationnement, le périmètre de l'édifice, les sorties et les entrées. Sont-ils dégagés et bien éclairés? Les femmes devraient être consultées au sujet de leurs observations et expériences sur l'espace extérieur de l'édifice de l'organisme.
- Les salles de bains devraient être faciles d'accès et bien surveillées pour la sécurité (sans envahir ou violer l'intimité), tout particulièrement dans les milieux mixtes.

reflète divers mets culturels. Dans de nombreuses cultures, la nourriture définit un environnement accueillant.

- L'organisme peut offrir d'accompagner et de représenter des femmes pour qui l'anglais est une deuxième langue ou qui sont nouvellement arrivées et en train de connaître le système des services sociaux et humains du Canada.

3. Principe de la confiance – Considérations relatives aux pratiques tenant compte des traumatismes

« Les femmes qui vivent [des problèmes de consommation de substances] et des traumatismes sont plus susceptibles d'éprouver de graves difficultés et d'utiliser les services plus souvent que les femmes aux prises avec un seul de l'un ou l'autre de ces problèmes. De plus, les [expériences] traumatiques et l'absence d'environnement sécuritaire sont des obstacles de taille pour le traitement et le rétablissement. [Les femmes] estiment souvent que les fournisseurs et les fournisseuses de services ne sont pas sécuritaires, ne sont pas dignes de confiance et manquent de compréhension. »¹⁶

Même s'il est lié au principe de la sécurité, le principe de la confiance est axé sur la clarté des tâches, l'uniformité et la constance, les attentes prévisibles et l'établissement de limites interpersonnelles bien définies.

Principe de la confiance – Considérations relatives aux pratiques tenant compte des traumatismes

Voici les considérations relatives aux pratiques respectant le principe de la confiance :

- 1) Comprendre la patience et le respect nécessaires pour établir une relation thérapeutique avec une femme qui a vécu un traumatisme.
- 2) Déterminer et transmettre des lignes directrices bien claires sur les limites.

Confiance – Considération relative aux pratiques n° 1

L'établissement d'une relation thérapeutique peut être un processus difficile et de longue durée.

Les fournisseurs et fournisseuses de services tenant compte des traumatismes relèvent le défi d'établir une relation thérapeutique reposant sur la confiance avec les femmes, tout en reconnaissant qu'il faut du temps pour qu'une relation fondée sur le respect, la confiance et la sécurité s'établisse. Les expériences traumatiques minent l'aptitude d'une femme à faire confiance, ce qui rend le processus de recherche d'aide très difficile.

« La vigilance et la méfiance sont souvent des mécanismes de défense importants et parfaitement compréhensibles lorsqu'une personne tente de composer avec l'exposition à un traumatisme. Mais ces mécanismes d'adaptation peuvent entraîner de plus grandes difficultés [chez les femmes] à faire assez confiance et à se sentir assez en sécurité pour établir des relations d'aide. »¹⁷

Une femme qui a vécu des traumatismes peut effectuer de nombreux contacts préliminaires avant d'être capable de participer pleinement à des services. Elle peut penser qu'elle n'est pas digne des services ou ne pas avoir conscience de services disponibles pouvant lui être utiles, puisqu'elle peut ne pas avoir conscience des répercussions d'un traumatisme. Les fournisseurs et fournisseuses de services tenant compte des traumatismes reconnaissent que le fait de la pousser ou de s'attendre à ce qu'elle établisse une relation rapidement va à l'encontre de l'établissement de la confiance.

Confiance - Considération relative aux pratiques n° 2

Il faut prendre le temps de réfléchir aux moyens à prendre pour établir des limites bien définies.

Les services tenant compte des traumatismes établis-

sent, communiquent et maintiennent des limites bien définies entre les femmes et le personnel.

« Vous devez établir une relation reposant sur la confiance, parce que sinon, la relation n'est pas maintenue. Vous devez vous assurer que cette personne ne vous juge pas, parce que la plus grande crainte des femmes est de subir le jugement. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Dans certains services d'aide aux personnes consommatrices de substances, cela peut s'avérer plus difficile si, par exemple, le personnel et la clientèle participent aux mêmes groupes d'autoassistance. Dans tous les cas, les fournisseurs et fournisseuses de services doivent réfléchir aux lignes directrices appropriées et transmettre explicitement cette information aux femmes.

« Les services devraient fournir des renseignements détaillés sur les options possibles, impliquer les femmes dans les choix, faire preuve de souci et de bienveillance, respecter les limites et donner de l'espoir à l'égard du changement. »¹⁸

« Les limites émotives sont également nécessaires. J'ai vraiment des difficultés avec les conseillers et conseillères qui en révèlent trop sur leur vie. À mon avis, ce n'est pas sain. Pour moi, c'est trop difficile émotionnellement lorsqu'une conseillère me dit qu'elle est passée par là elle aussi. Il faut que ça reste axé sur vous. Vous vous présentez parce que vous êtes traumatisée. Une conseillère doit en avoir conscience. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Principe de la confiance — Questions suscitant la réflexion

Voici quelques questions suscitant la réflexion, afin de mieux comprendre le principe de la confiance :

- Est-ce que vous instaurez une atmosphère de confiance en décrivant avec clarté les tâches qui sont en cause dans le déroulement des services, en veillant à l'uniformité des pratiques et en maintenant des limites appropriées?
- Avez-vous conscience du langage corporel et des expressions faciales qui minent la confiance?
- Si vous déclarez que vous ferez quelque chose, est-ce que vous le faites rapidement et en reparlez à la femme à qui vous avez fait cette promesse? Est-ce que vous rendez vos appels dans les délais auxquels vous avez promis de le faire et est-ce que vous êtes facile à rejoindre?
- Si une femme divulgue ses expériences traumatiques, revenez-vous sur le sujet à un moment approprié, respectez-vous sa réaction (vouloir en discuter ou ne pas vouloir en discuter) et offrez-vous du soutien?
- Y a-t-il des façons de modifier les services pour veiller à ce que les tâches et les limites soient définies et maintenues, de façon claire et appropriée?
- Avez-vous organisé des discussions avec le personnel, pour trouver comment votre programme peut maximiser l'honnêteté et la transparence?
- Comment, s'il y a lieu, les limites débordent-elles du cadre professionnel respectueux? Est-ce qu'il y a des tentations de contacts moins professionnels (p. ex., échanges de renseignements personnels, at-touchements, échanges de numéros de téléphone personnels, contacts autres que des rendez-vous professionnels)?
- Est-ce qu'on évite les déceptions inutiles de la part de la femme?
- En quoi consiste le processus de consentement éclairé? Les buts, risques et avantages sont-ils clairement définis et les femmes ont-elles vraiment le choix de ne pas donner leur consentement ou de donner un consentement partiel?

Adapté de « Creating Cultures of Trauma-Informed Care: A Self-Assessment and Planning Protocol », Fallot et Harris, 2009

Principe de la confiance — *Mises en application des pratiques tenant compte des traumatismes*

Tout comme dans le cas du principe de la sécurité, l'établissement d'une relation thérapeutique peut prendre du temps. Toutefois, la confiance sera renforcée si l'approche adoptée est respectueuse, claire et uniforme.

Confiance – Mise en application de pratiques n° 1

Tous les programmes et aspects de la prestation de services doivent être clairement expliqués.

Il y a plusieurs points à considérer pour veiller à ce que les renseignements soient clairs et les attentes prévisibles. Les services doivent être expliqués clairement, notamment les critères d'admission, les congés, les délais et la durée de la participation. Les droits et responsabilités des clients et clientes doivent être décrits, ainsi que toute limitation à leur sujet. Il faut prendre tout le temps nécessaire pour expliquer en quoi le consentement éclairé est nécessaire et ce qu'il implique. Il faut répondre à toutes les questions de la femme, en vérifiant sa compréhension souvent et en déterminant son niveau d'aise par rapport au processus.

Confiance – Mise en application de pratiques n° 2

Faire preuve d'uniformité et de constance.

Dans la mesure du possible (particulièrement les séances de travail individuelles avec les femmes), il faut faire preuve d'uniformité et de constance pour les heures de rendez-vous, pour qu'une femme puisse compter sur le fait que cette période lui est réservée. Si une promesse a été faite (par exemple, aiguiller la femme ailleurs ou trouver de l'information), elle doit être tenue.

Confiance – Mise en application de pratiques n° 3

Réfléchir et élaborer un outil personnel.

Les fournisseurs et fournisseuses de services doivent établir des limites claires et constantes avec tous les clients et clientes qui fréquentent le milieu de service. Avec les femmes qui ont vécu des traumatismes, cela est tout particulièrement important. Les sessions de supervision clinique du personnel doivent réserver du temps pour discuter des problèmes de limites. L'organisme devrait monter un inventaire dont tous les membres du personnel peuvent se servir pour évaluer leur rendement personnel en fonction de leurs propres gestes et comportements.

Confiance – Mise en application de pratiques n° 4

Expliquer clairement et explicitement les limites de la confidentialité.

L'importance de la documentation doit être clairement décrite aux femmes, tout en mentionnant bien les obligations juridiques des fournisseurs et fournisseuses de services qui doivent fournir des renseignements à la police et aux bureaux de protection de l'enfance (par exemple), ou dans le cas d'ordonnances de la cour. Il faut mentionner à chaque femme les renseignements qui seront réunis, l'endroit où les fichiers seront conservés et lui donner la chance de poser des questions sur la façon dont les renseignements sont réunis et les dossiers sont tenus.

Confiance – Mise en application de pratiques n° 5

Donner un soutien constant avec des aiguillages « bienveillants ».

Si une femme accepte d'être aiguillée vers une autre personne spécialiste d'autres services (p. ex., pour de l'aide spécifique aux traumatismes), il faut contribuer à établir la confiance pendant la transition. On peut, par exemple, organiser une rencontre où les trois personnes sont présentes : la femme, la personne qui travaille avec elle à l'heure actuelle et la personne vers qui elle est aiguillée.

Principe de la confiance — Exemples de pratiques

Voici six points essentiels lorsqu'on décrit des programmes ou la prestation de services à des femmes. Il faut donner des renseignements explicites sur :

- ce qui sera fait;
- par qui;
- quand;
- pourquoi;
- dans quelles circonstances;
- dans quel but.

Voici d'autres suggestions :

- Donner les renseignements verbalement et par écrit.
- La portion écrite est brève et comporte le nom et les coordonnées du conseiller ou de la conseillère.
- On encourage la femme à prendre contact dès qu'elle a des questions ou des préoccupations.
- Les services communautaires pourraient téléphoner ou envoyer un courriel « pour prendre des nouvelles » entre les rendez-vous. Cela est inestimable pour renforcer la relation de confiance qui est en train de s'établir.

« Si une femme a besoin d'être aiguillée vers un service d'aide spécifique aux traumatismes, je pense qu'il vaut la peine de lui demander si l'implication de cet autre organisme la dérange. En abordant le sujet à un endroit où elle se sent en sécurité. Ou alors, la principale conseillère l'accompagne pour rencontrer la personne spécialiste des traumatismes et demande ensuite à la femme si elle peut sortir de la pièce, pour que la femme puisse parler avec la personne spécialiste. Comme ça, on peut voir ce que la femme ressent. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

4. Principe du choix et du contrôle — Considérations relatives aux pratiques tenant compte des traumatismes

« Le choix et le contrôle sont des questions majeures pour [les femmes qui ont vécu des traumatismes], parce qu'elles peuvent ne pas en avoir eu beaucoup dans... des relations et des situations. Au sein des services tenant compte des traumatismes, une femme doit être une partenaire à part entière pour ce qui est de déterminer ses buts et de participer aux services. Le but primordial est d'augmenter son aptitude à faire ces choix. »¹⁹

Les femmes consommatrices de substances qui ont vécu des traumatismes ressentent souvent qu'elles n'exercent aucun contrôle sur leur vie et qu'elles n'ont pu faire des choix sécuritaires, dans le passé ou au moment présent. Elles peuvent aussi penser qu'elles manquent de contrôle sur leurs émotions et n'ont pas le choix sur le moment et la façon dont ces émotions sont exprimées. Les services tenant compte des traumatismes veillent à ce que les femmes aient le choix et le contrôle, partout et en tout temps dans la mesure du possible, sur le processus de prestation de services en tant que moyen d'aider les femmes à avoir le choix et le contrôle dans d'autres sphères de leurs vies.

Principe du choix et du contrôle — Considérations relatives aux pratiques tenant compte des traumatismes

Voici les considérations relatives aux pratiques respectant le principe du choix et du contrôle :

- 1) Comprendre les liens qui existent entre le choix, le contrôle et la sécurité.
- 2) Reconnaître les profondes répercussions émotionnelles et psychologiques que l'augmentation du choix et du contrôle peut avoir sur les femmes qui ont vécu des traumatismes.

Choix et contrôle — Considération relative aux pratiques n° 1

Favoriser le choix et le contrôle renforce la sécurité et l'engagement.

En fournissant un environnement où les femmes peuvent avoir le choix et le contrôle sur leur participation à des services, on rehausse non seulement l'autodétermination, l'auto-efficacité et la dignité des femmes, mais on crée aussi un environnement où elles ressentent, au fil du temps, les sentiments d'être en sécurité et de pouvoir faire confiance qui sont nécessaires pour acquérir de nouvelles réactions à leurs expériences traumatiques. Le fait d'avoir le choix et le contrôle au sein du milieu de services renforce aussi l'engagement et la rétention des femmes dans les services, ce qui a une influence positive sur les résultats.

« Les services de traitement de consommation de substances [qui tiennent compte des traumatismes] qui offrent des possibilités émotionnelle et physiquement sécuritaires d'apprendre et de perfectionner des stratégies d'adaptation ainsi que d'exercer des choix et le contrôle, font toute la différence [pour une femme] dans l'engagement, la rétention et les résultats obtenus. »²⁰

Choix et contrôle — Considération relative aux pratiques n° 2

Favoriser le choix et le contrôle est une stratégie de renforcement du pouvoir d'agir.

Une femme qui a vécu des traumatismes éprouvera souvent des sentiments profonds d'impuissance, de honte et de culpabilité. On peut atténuer ces sentiments et augmenter son sentiment de pouvoir d'agir en augmentant sa gamme de choix possible dans toutes les sphères de sa vie. Par conséquent, discuter des options et des choix constitue une activité essentielle qui peut aider les femmes à augmenter elles-mêmes leur pouvoir d'agir.

Les services tenant compte des traumatismes établissent des environnements prévisibles qui permettent aux femmes de regagner de l'auto-efficacité et le contrôle personnel sur leurs vies. Aider les femmes à mieux s'occuper d'elles-mêmes est également l'un des moyens les plus efficaces de contribuer à guérir des réactions et des crises traumatiques, ainsi que d'autres expériences négatives pouvant découler de ces réactions.

« Quand [les femmes qui ont vécu des traumatismes] demandent de l'aide, elles affrontent souvent une hiérarchie d'expertise... une [femme] aboutit habituellement à l'échelon le plus bas, en ayant peu à dire ou en ayant peu de choix sur son traitement. En les [femmes] faisant participer au processus, on s'assure de les faire participer à leur propre rétablissement. » ²¹

Principe du choix et du contrôle — Questions suscitant la réflexion

Voici quelques questions suscitant la réflexion, afin de mieux comprendre le principe du choix et du contrôle :

- À quel point les femmes peuvent-elles choisir les services obtenus, le moment, l'endroit et la personne qui les dispense (p. ex., heure de la journée ou de la semaine, au bureau plutôt qu'à la maison ou ailleurs, sexe de la personne qui dispense le service)?
- Est-ce que chaque femme est informée de la totalité des choix et des options disponibles?
- Est-ce que les femmes choisissent comment on entre en contact avec elles (p. ex., par téléphone, texte, courriel, poste ordinaire à l'adresse de la maison ou à une autre adresse)?
- De quel degré de contrôle une femme dispose-t-elle par rapport au début et à la fin des services (tant pour la participation générale aux services, ainsi que les dates et les heures)?
- Jusqu'à quel point accorde-t-on de l'importance aux priorités des femmes en termes de services obtenus et de buts fixés?
- Le service transmet-il le message que les femmes doivent « faire leurs preuves » afin de « mériter » les services ou d'autres mesures d'aide?
- Les femmes obtiennent-elles un message explicite et approprié au sujet des droits et des responsabilités? Ou est-ce que le programme transmet le message que ses services sont un privilège sur lequel les femmes ont peu de contrôle individuellement?
- Est-ce que certains choix particuliers ont des conséquences négatives? Dans ce cas, ces conséquences sont-elles nécessaires et uniformes ou arbitraires? La femme est-elle informée d'avance des conséquences de certains gestes?
- Les femmes ont-elles le choix sur les personnes qui participent à divers rendez-vous et réunions? Les personnes de soutien ont-elles la permission de participer à des réunions de planification et d'autres réunions appropriées?

Adapté de « *Creating Cultures of Trauma-Informed Care: A Self-Assessment and Planning Protocol* », Fallot et Harris, 2009

Principe du choix et du contrôle — *Mises en application des pratiques tenant compte des traumatismes*

Les services d'aide aux personnes consommatrices de substances qui suivent le modèle des étapes du changement constateront que ce modèle convient dans les pratiques qui respectent le principe du choix et du contrôle.

Choix et contrôle – Mise en application de pratiques n° 1

Éviter de précipiter la femme vers l'étape de l'action.

Les services doivent être dispensés selon le besoin de chaque femme d'avancer, de demeurer à l'étape de la prise de conscience, voire d'en revenir à une étape antérieure comme l'avant-prise de conscience. On présente le plus grand nombre possible de choix sur les options. Ensuite, on aide les femmes à sélectionner le choix qui leur convient le mieux.

Choix et contrôle – Mise en application de pratiques n° 2

Demander aux femmes de donner leur point de vue.

Dans la mesure du possible, il faut demander à une femme de dire ce qu'elle pense des méthodes de prestation qui l'aident le plus, tout en l'assurant que des membres du personnel féminins sont disponibles. L'organisme doit veiller à demander le point de vue des femmes qui ont de l'expérience vécue.

Choix et contrôle – Mise en application de pratiques n° 3

Demander la permission.

Les femmes qui ont vécu des traumatismes peuvent percevoir des pratiques et des procédures normales comme étant agressives et envahissantes. Il faut veiller à ce qu'elles se sentent à l'aise et adapter les processus chaque fois que cela est possible. Par-dessus tout, il faut « informer avant de procéder », soit toujours dire aux femmes ce à quoi s'attendre et leur donner le choix d'aller de l'avant ou de refuser.

Principe du choix et du contrôle — Exemples de pratiques

Le programme peut-il miser sur les petits choix qui font toute la différence pour les femmes? Chaque organisme d'aide aux personnes consommatrices de substances peut faire des petits changements dans leur cheminement visant à tenir compte des traumatismes. Il suffit de poser les questions suivantes aux femmes :

- Quand aimeriez-vous que je vous rappelle?
- Est-ce le meilleur numéro de téléphone pour vous rejoindre?
- Est-ce que vous aimeriez que j'utilise une autre méthode, comme le textage ou un courriel? Ou préférez-vous me rejoindre vous-même?
- Puis-je laisser un message?

« Quand on vit dans un environnement violent, la plupart des appels téléphoniques sont vérifiés et les courriels sont constamment lus. Il est vraiment important de pouvoir choisir la méthode pour être contactée. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Dans les milieux résidentiels, la fouille des effets personnels est une pratique nécessaire, mais elle peut tenir compte des traumatismes si on :

- explique le processus et sa raison d'être;
- informe les femmes d'avance qu'une fouille des effets personnels aura lieu;
- s'assure que la fouille a lieu dans un espace privé;
- permet à la femme de participer activement en suggérant (par exemple) qu'elle ouvre ses bagages elle-même;
- fait un suivi auprès des femmes, pour vérifier qu'elles se sentent en sécurité et à l'aise, et qu'elles comprennent tout à fait pourquoi la fouille des effets personnels a eu lieu.

5. Approches fondées sur la relation et la collaboration — Considérations relatives aux pratiques tenant compte des traumatismes

« Les expériences fondamentales des traumatismes psychologiques sont l'élimination du pouvoir d'agir et la distanciation d'avec autrui. Par conséquent, le rétablissement repose sur le renforcement du pouvoir d'agir et l'établissement de nouvelles relations. »²²

Les relations étroites entre les fournisseurs et fournisseuses de services et les femmes qui ont vécu des traumatismes sont le fondement de l'aide et du rétablissement. Les services tenant compte des traumatismes encouragent la collaboration entre les femmes qui recherchent les services et les systèmes et politiques qui influent sur les soins qu'elles obtiennent. Toutefois, les fournisseurs et fournisseuses de services reconnaissent qu'il y aura toujours un déséquilibre du pouvoir dans leurs relations avec les femmes et feront de leur mieux pour le reconnaître et l'atténuer, en aplanissant la hiérarchie partout et en tout, dans la mesure du possible.²³

Approches fondées sur la relation et la collaboration — Considérations relatives aux pratiques tenant compte des traumatismes

Voici les considérations relatives aux pratiques respectant les approches fondées sur la relation et la collaboration :

- 1) Reconnaître la place qu'occupent les approches fondées sur la relation dans la prestation de soins respectueux et empreints de compassion.
- 2) Reconnaître que la collaboration entre les femmes et les fournisseurs et fournisseuses de services ont des répercussions d'une grande portée.

Relation et collaboration — Considération relative aux pratiques n° 1

Avoir vécu un traumatisme a des répercussions sur les aptitudes des femmes à former des relations.

Un traumatisme a des répercussions immensément négatives sur l'aptitude à former des relations adéquates fondées sur la confiance. C'est pourquoi la confiance qu'éprouvent les femmes est essentielle au processus du rétablissement. Les services tenant compte des traumatismes reconnaissent les deux dimensions de cette réalité. D'un côté, le rétablissement a lieu dans le contexte des relations avec soi et avec autrui. D'un autre côté, les femmes qui ont vécu des traumatismes ont besoin de temps et d'une compréhension pour développer la confiance nécessaire à la formation de relations saines avec les cliniciens et cliniciennes, elles-mêmes et autrui.

Relation et collaboration — Considération relative aux pratiques n° 2

La collaboration contribue à la confiance et à la sécurité.

La collaboration réduit le déséquilibre du pouvoir le plus possible et encourage la sécurité nécessaire pour établir une relation. Lorsque la prise de décision est partagée et qu'on s'efforce de diminuer l'écart hiérarchique entre les femmes et les fournisseurs et fournisseuses de service, on établit la confiance et on favorise le sentiment d'avoir le choix et le contrôle.

« Les services tenant compte des traumatismes créent des environnements sécuritaires qui encouragent [chez une femme] les sentiments de l'efficacité, de la dignité et du contrôle personnel. Les fournisseurs et fournisseuses de services tentent de communiquer ouvertement, de réduire le déséquilibre du pouvoir dans les relations, de susciter l'expression des sentiments sans les juger; donnent des choix; et collaborent... pour [les femmes] qui ont vécu des traumatismes, être capables de choisir, de collaborer et d'établir des relations à un caractère réparateur. »²⁴

Approches fondées sur la relation et la collaboration — Questions suscitant la réflexion

Voici quelques questions suscitant la réflexion, afin de mieux comprendre les approches fondées sur la relation et la collaboration :

- Votre organisme accorde-t-il de l'importance à l'établissement des relations avec les femmes?
- Est-ce qu'on encourage le personnel clinique à prendre le temps qu'il faut pour établir une relation thérapeutique avec les femmes qui ont vécu des traumatismes?
- Les femmes jouent-elles un rôle important dans la planification et l'évaluation des services du programme? À quelle fréquence effectuez-vous des évaluations? Comment ces évaluations sont-elles intégrées aux activités de votre programme?
- Comment vous assurez-vous de donner suite aux rétroactions des femmes et comment le leur vous faites savoir? Qu'arrive-t-il à ces données ou aux suggestions faites par les femmes?
- Lors de la planification des services, de l'établissement des buts et de la détermination des priorités pour la prestation de services, accorde-t-on beaucoup d'importance aux préférences individuelles d'une femme?
- Les femmes sont-elles impliquées aussi souvent que possible aux réunions de planification de services?
- Lors de la formulation du plan, est-ce qu'on s'enquiert de leurs priorités et qu'on les valide par la suite?
- Votre programme cultive-t-il un modèle de type « faire avec » les femmes, plutôt que « faire aux » ou « faire pour »?
- Votre programme communique-t-il la conviction que la femme est l'experte incontestée de sa propre expérience?
- Est-ce que vous déterminez les tâches que vous pouvez accomplir simultanément avec les femmes (p. ex., réunir de l'information)?

Adapté de « *Creating Cultures of Trauma-Informed Care: A Self-Assessment and Planning Protocol* », Fallot et Harris, 2009

Approches fondées sur la relation et la collaboration — Mises en application des pratiques tenant compte des traumatismes

Les fournisseurs et fournisseuses de services qui utilisent des stratégies d'entrevue motivationnelle constateront que cette approche convient aux pratiques qui respectent le principe des approches fondées sur la relation et la collaboration.

Approches fondées sur la relation et la collaboration – Mise en application de pratiques n° 1

Prendre le temps d'établir des relations thérapeutiques respectueuses.

Les relations thérapeutiques qui sont authentiques et respectueuses se caractérisent par des limites clairement définies, offrent des pratiques uniformes dont les tâches sont bien décrites et favorisent la croissance, en suscitant l'engagement et en encourageant, sans juger. Reconnaître que l'établissement de la confiance avec les femmes qui ont vécu des traumatismes exigera probablement du temps et de la persévérance est un élément essentiel d'une relation thérapeutique respectueuse. De plus, il faut garder à l'esprit qu'une femme peut tester les limites de la relation à plusieurs reprises avant de se sentir en sécurité.

Approches fondées sur la relation et la collaboration – Mise en application de pratiques n° 2

Collaborer dans toutes les interactions.

Pour les fournisseurs et fournisseuses de services, collaborer avec les femmes qui ont vécu des traumatismes signifie que les femmes :

- se font offrir des choix relativement à leur expérience de service;
- décident du rythme de leur expérience de service;
- se font offrir la possibilité de déterminer leurs propres besoins lors de la planification du traitement.

Les fournisseurs et fournisseuses de service qui collaborent avec les femmes traitent ces dernières comme des égales, tout en faisant ressortir leurs forces et leurs ressources.

« J'avais été aiguillée à un centre d'alcoolisme et la conseillère qu'on m'avait attribuée a décidé de faire une expérience. Elle m'a dit de tout lui dire sur mon traumatisme et mes éléments déclencheurs... J'ai commencé à subir des rappels éclair très pénibles et à me mutiler dans la rue. Alors elle m'a dit de mettre tout cela dans un tiroir et qu'on n'ouvrirait plus jamais le tiroir. Pour moi, ç'a été un gros déclencheur et je lui faisais confiance. On aurait dit qu'elle pouvait m'aider. Je n'ai pas compris ce qui se passait. Les autres m'ont dit que c'était pour ça que je n'avais pas d'amis et que personne ne me parlait dans le centre. J'ai fini par partir. Je n'ai pas compris ce qui s'est passé et, lorsque le tiroir a été ouvert, on ne voulait plus rien savoir de moi. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Approches fondées sur la relation et la collaboration – Mise en application de pratiques n° 3

Il faut avoir conscience du contact visuel et faire preuve de prudence à ce sujet.

Fait d'une façon appropriée, le contact visuel peut montrer de l'empathie et du respect. Mais il faut respecter la décision d'une femme de ne pas faire de contact visuel et en comprendre la raison. Pour les femmes de certains groupes culturels, le contact visuel est difficile ou inapproprié. De plus, certaines femmes qui ont vécu des traumatismes ont honte ou peur de faire un contact visuel.

« Quand je parlais de mon traumatisme, je n'arrivais pas à faire un contact visuel à cause de la honte. J'éprouvais tellement de honte que je gardais les yeux baissés. J'avais peur d'être jugée par la conseillère si je la regardais dans les yeux. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Approches fondées sur la relation et la collaboration — Exemple de pratique

Les compétences utilisées pour les entrevues motivationnelles sont utiles. Plusieurs des caractéristiques du conseiller ou de la conseillère qui tient compte des traumatismes sont semblables, notamment :

- faire montre d'empathie et de respect;
- parler ouvertement;
- avoir conscience de soi, dont son langage corporel et ses expressions faciales;
- se sentir à l'aise avec l'inconnu;
- rester calme, maîtriser ses émotions;
- montrer de l'intérêt véritable, en écoutant attentivement.

La flexibilité est un autre attribut important. Est-ce que le conseiller ou la conseillère est capable de changer les procédures ou processus normaux pour (par exemple) diminuer l'insécurité d'une femme par rapport à l'aménagement de l'espace physique ou peut obtenir l'appui de l'organisme pour faire ces changements?

6. Modalités du renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces — Considérations relatives aux pratiques tenant compte des traumatismes

« [Les femmes qui ont vécu des traumatismes] font souvent un va-et-vient entre le système de soins de santé mentale et le système de traitement de la toxicomanie pendant des années, en utilisant un nombre prodigieux de services sans constater d'amélioration. À mesure que les systèmes sapent la confiance, l'auto-efficacité et le sentiment de sécurité, les femmes commencent à se distancer des systèmes et peuvent refuser d'être aidées. »²⁵

Dans toute prestation de services, les principes généraux sont de se consacrer aux forces des clients et clientes, ainsi que d'encourager le renforcement du pouvoir d'agir et l'auto-efficacité. Dans le cas des femmes qui ont vécu des traumatismes, ces principes sont tout particulièrement importants, car elles peuvent se considérer comme n'ayant pas la possibilité de se réaliser elles-mêmes, à cause de leurs expériences. Au lieu de contribuer à augmenter les forces, une prestation de services qui ne tient pas compte des traumatismes peut contribuer au sentiment d'impuissance.

Modalités du renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces — Considérations relatives aux pratiques tenant compte des traumatismes

Voici les considérations relatives aux pratiques respectant les modalités du renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces :

- 1) Reconnaître le rôle crucial joué par l'auto-efficacité pour soutenir les changements chez les femmes qui ont vécu des traumatismes.
- 2) Faire ressortir l'espoir, l'optimisme et la résilience.

Renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces — Considération relative aux pratiques n° 1

La clé du changement est de se concentrer sur les forces et le renforcement du pouvoir d'agir.

Les services tenant compte des traumatismes et qui sont dispensés selon une optique axée sur les forces comprennent que cela fait partie intégrante de l'établissement de la relation et de la confiance. Pour ces services, se concentrer sur la capacité d'épanouissement personnel d'une femme constitue l'élément fondamental du changement.

« Les conversations avec [les femmes qui ont vécu des traumatismes] devraient être exemptes de jugement et avoir lieu dans une atmosphère empreinte de compassion, d'empathie et d'humanité. Le but premier est de se concentrer sur l'établissement d'une relation, de même que la capacité personnelle [d'une femme] de survie et de guérison. Cette approche non autoritaire considère [la femme] comme étant la spécialiste de sa propre vie. »²⁶

Renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces — Considération relative aux pratiques n° 2

Favoriser une atmosphère d'espoir, d'optimisme et de résilience.

Les services tenant compte des traumatismes rendent honneur aux expériences passées des femmes, sont tournés vers l'avenir et perfectionnent les compétences qui renforcent la résilience. Les forces des femmes et leur courage sont reconnues.

« En se concentrant sur leurs forces, on engage [les femmes] dans leur propre processus de changement, en insufflant de l'espoir sur la possibilité ultime de changer et de créer une vie meilleure pour elles-mêmes et leurs familles. »²⁷

Modalités du renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces — Questions suscitant la réflexion

Voici quelques questions suscitant la réflexion, afin de mieux comprendre les modalités du renforcement du pouvoir d'agir :

- Comment vos services peuvent-ils être modifiés, pour assurer que les expériences du renforcement du pouvoir d'agir et l'acquisition ou le perfectionnement des compétences d'une femme soient maximisés?
- Dans la prestation courante des services, comment reconnaît-on les forces et les compétences de chaque femme?
- Votre programme transmet-il un sentiment d'optimisme réaliste sur la capacité des femmes à réaliser leurs buts?
- Votre programme fait-il de son mieux pour faire passer la croissance individuelle d'une femme à l'avant-plan, au lieu de se concentrer sur le fonctionnement de base?
- Lors de chaque contact avec votre service, comment les femmes se sentent-elles validées et confirmées?
- Comment chaque contact peut-il se concentrer sur l'acquisition ou le perfectionnement des compétences?
- Votre programme favorise-t-il la participation des femmes dans des rôles clés dans la mesure du possible (p. ex., la planification, la mise en œuvre ou l'évaluation des services)?
- Les femmes qui ont vécu des traumatismes ont-elles une bonne influence sur la planification et l'évaluation des services?
- Avez-vous établi des mécanismes pour obtenir des rétroactions et des témoignages de la part des femmes? Leur donnez-vous des possibilités de faire des commentaires et des rétroactions régulièrement, au moyen de boîtes de suggestion, de sondages, d'évaluation, de groupes de réflexion, etc.?

Adapté de « *Creating Cultures of Trauma-Informed Care: A Self-Assessment and Planning Protocol* », Fallot et Harris, 2009

Modalités du renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces — *Mises en application des pratiques tenant compte des traumatismes*

Les femmes ont besoin d'augmenter leur auto-efficacité afin d'acquérir de nouvelles compétences leur permettant de se rétablir et de guérir des traumatismes, de même que des répercussions négatives des problèmes de santé mentale, de la prestation de services inadéquates ou dévalorisantes, et de la consommation problématique de substances.

« Ce qu'il faut, c'est donner à la femme de l'espoir et la chance de décider, de se servir de ses forces, pour qu'elle ait confiance. Insuffler un peu d'espoir. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces – Mise en application de pratiques n° 1

Soutenir les femmes pour qu'elles acquièrent une vaste gamme de compétences pour renforcer leur pouvoir d'agir.

Les services qui tiennent compte des traumatismes aident les femmes à déterminer leurs forces et les défis qu'elles doivent surmonter. Pour les femmes qui ont vécu de traumatismes, de nombreuses compétences sont importantes dans le processus de renforcement de leur pouvoir d'agir :

- augmenter la connaissance de soi;
- renforcer l'estime de soi et la confiance en soi;
- acquérir des compétences interpersonnelles comme établir des limites et s'affirmer;
- apprendre à s'exprimer et à communiquer leurs besoins et désirs plus clairement;
- percevoir les autres et les situations avec plus de précision;
- travailler à la mutualité et à la réciprocité dans les relations;

- augmenter les aptitudes à la vie quotidienne et les autres responsabilités (comme les autres personnes dont elles sont responsables), s'il y a lieu.

Renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces – Mise en application de pratiques n° 2

Aider les femmes à passer à l'étape suivante du renforcement de leur pouvoir d'agir.

Il faut s'efforcer de tenir compte des commentaires et des rétroactions des femmes ayant de l'expérience vécue sur la prestation des services, comme former un comité consultatif (par exemple). Mais il y a de nombreux autres moyens potentiellement moins intimidants pour les femmes de donner de la rétroaction ou de participer à la planification, comme des boîtes de suggestion, des sondages (en ligne et anonymes), des évaluations écrites ou des groupes de réflexion occasionnels. De plus, cela illustre la volonté, de la part des fournisseurs et fournisseuses de services, d'être à l'écoute et d'apporter des changements. Il faut également donner suite aux suggestions et en faire le suivi auprès des femmes. Si l'organisme ne peut donner suite à une suggestion, il faut expliquer pourquoi.

« Je prenais des antidépresseurs et des tranquillisants à cause d'un ESPT [état de stress post-traumatique] et cela m'aidait. Mais le programme [de traitement de toxicomanie] que je suivais m'accusait tout le temps d'abuser de ces médicaments. Cela ne m'a absolument pas aidée. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces – Mise en application de pratiques n° 3

Reconnaître que changer la consommation des substances a des répercussions sur les réactions traumatiques.

Réduire la consommation de substances d'une femme peut provoquer davantage de réactions traumatiques. Il faut bien réfléchir à la question de la consommation de substances et intégrer des moyens de mesurer les petites étapes, pour que la femme se sente en sécurité et ait de l'espoir à l'égard du changement.

Renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces – Mise en application de pratiques n° 4

Soutenir l'espoir et l'optimisme – tant pour la femme que le fournisseur ou la fournisseuse de services.

Il est crucial de communiquer l'espoir à l'égard du changement et l'optimisme à l'égard de l'avenir. Il est également important que les fournisseurs et fournisseuses de services ne ressentent pas de désespoir ou d'impuissance. Il faut donc se sentir encouragé par les petits changements, et non pas découragé ou sans espoir à cause de la perception de l'absence de changement total.

« C'est bon de se retrouver à un endroit où on ne vous condamne pas et où on ne vous blâme pas. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Modalités du renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces — Exemples de pratiques

Un organisme qui fournit des services tenant compte des traumatismes peut montrer son engagement envers la pratique des modalités du renforcement du pouvoir d'agir par de nombreuses mesures.

En voici quelques-unes :

- Faire le tour de l'organisme pour enlever les affiches, les dépliants, les brochures et les documents imprimés qui transmettent des messages de type « à faire », « à éviter », « il faut », « le règlement », « il est interdit de », etc.
- Mettre à jour les feuillets d'information, les manuels et les autres documents imprimés afin de remplacer la formulation qui met l'accent sur les « règlements » par des « droits et responsabilités », dans la mesure du possible.
- Reformuler les politiques sur les écarts et les rechutes pour envisager qu'ils ne comportent pas de conséquences négatives. On pourrait plutôt promouvoir le point de vue voulant que les écarts et les rechutes constituent des événements dont on peut tirer des leçons pour déterminer les éléments déclencheurs et trouver d'autres façons d'y résister.
- Faire attention à la formulation (par exemple, dans les services de traitement en résidence ou de gestion de sevrage, on peut décrire les tests d'urine comme « positifs ou négatifs pour des substances, plutôt que « dopés » ou « propres »).

LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LA RECONNAISSANCE

LIGNE DIRECTRICE N° 1

Les points de premier contact sont examinés et transmettent une approche qui tient compte des traumatismes.

Indicateurs suggérés

- Le site Web de l'organisme est formulé dans un langage qui tient compte de traumatismes et indique que le personnel a recours à des pratiques qui tiennent compte des traumatismes.
- La totalité des renseignements imprimés et disponibles publiquement au sujet de l'organisme a été révisée, pour veiller à ce que les documents utilisent un langage qui tient compte des traumatismes et présentent des indicateurs de pratiques tenant compte des traumatismes.
- Les messages des boîtes vocales et tous les premiers contacts téléphoniques réalisés avec des femmes utilisent un langage qui tient compte des traumatismes et présentent des indicateurs de pratiques tenant compte des traumatismes.

LIGNE DIRECTRICE N° 2

Le personnel non clinique qui a des premiers contacts avec les femmes a le soutien qui lui permet de réagir de façon appropriée.

Indicateurs suggérés

- Le personnel non clinique (réception, autres tâches) reçoit la formation qui lui permet de comprendre les liens entre la consommation de substances et les traumatismes.
- On a rédigé des scénarios pour veiller à ce que les conversations de ce personnel avec les femmes tiennent compte des traumatismes et utilisent un langage qui tient compte des traumatismes.
- Pour appuyer le personnel non clinique et lui permettre de s'exercer et de perfectionner les compétences et aptitudes qui tiennent compte des traumatismes, on a mis un mécanisme permanent en place.

LIGNE DIRECTRICE N° 3

Les procédures d'évaluation sont adaptées, afin de comprendre un dépistage qui tient compte des traumatismes.

Indicateur suggéré

- Les évaluations ont été adaptées, afin de comprendre des processus systématiques de dépistage des traumatismes.

LIGNE DIRECTRICE N° 4

Un processus d'autoévaluation est élaboré, pour permettre au personnel de déterminer sa capacité à travailler avec efficacité auprès des femmes qui ont vécu des traumatismes.

Indicateurs suggérés

- Les cliniciens et cliniciennes, les conseillers et conseillères, ainsi que le personnel affecté à la programmation ont la possibilité de réfléchir à des limitations personnelles qui peuvent nuire à leur efficacité auprès des femmes ayant vécu des traumatismes.
- Dans ces situations, des membres du personnel clinique sont désignés à titre de personnes-ressources à qui il faut s'adresser à l'interne.

LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LA SÉCURITÉ

LIGNE DIRECTRICE N° 5

On évalue l'espace physique en tenant compte des traumatismes.

Indicateurs suggérés

- La signalisation de l'organisme est accueillante, présente des renseignements qui tiennent compte des traumatismes et fait montre de sensibilité culturelle.
- On fournit des articles de réconfort.
- On fournit des espaces privés au besoin. Ces espaces sont surveillés pour en assurer la sécurité.

LIGNE DIRECTRICE N°6

Toutes les activités du service ont été examinées pour veiller à ce qu'elles soient accueillantes, claires et uniformes.

Indicateurs suggérés

- Les heures des rendez-vous sont constantes et uniformes.
- Les renseignements sur les programmes sont clairs. On répond rapidement aux questions des femmes.

LIGNE DIRECTRICE NO 7

Les contacts préliminaires avec les femmes ne se contentent pas de réunir des renseignements.

Indicateurs suggérés

- On présente les femmes à d'autres membres du personnel, tout en mentionnant explicitement ceux et celles qui seront présents lors de la prestation de services.
- Les protocoles de confidentialité sont clairement expliqués. On répond rapidement aux questions des femmes.

LIGNE DIRECTRICE NO 8

Les cliniciens, les cliniciennes et les autres membres du personnel ont examiné les pratiques, pour qu'elles garantissent la sécurité émotionnelle.

Indicateur suggéré

- Le personnel transmet la sécurité émotionnelle grâce à la confiance, au choix et au contrôle, aux approches fondées sur la relation et la collaboration, ainsi qu'aux modalités du renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces.

LIGNE DIRECTRICE N° 9

Les cliniciens, les cliniciennes et les autres membres du personnel s'assurent que la question de la sécurité est abordée chaque fois que l'occasion se présente.

Indicateurs suggérés

- Pour veiller à ce que la sécurité soit un sujet de discussion fondamental, le personnel a revu les politiques et les procédures et a assisté à des sessions d'orientation et de formation.
- On a rédigé un énoncé sur les « droits et responsabilités » concernant la sécurité des clientes. Cet énoncé est largement diffusé.
- On demande aux femmes de parler de leurs besoins en matière de sécurité et on donne suite à leurs préoccupations ou à leurs suggestions.
- Les clientes participent aux discussions sur la sécurité et comprennent bien les « droits et responsabilités ».

LIGNE DIRECTRICE N° 10

Les cliniciens, les cliniciennes et les autres membres du personnel sont à l'aise par rapport aux réactions traumatiques.

Indicateur suggéré

- Lors des réactions traumatiques, le personnel fait preuve d'empathie, en adoptant une attitude calme et respectueuse.

LIGNE DIRECTRICE N° 11

Les cliniciens, les cliniciennes et les autres membres du personnel ont revu leurs pratiques, pour s'assurer qu'elles tiennent compte de la sécurité culturelle.

Indicateur suggéré

- Les conversations et les aiguillages ou liens avec d'autres organismes sont appropriés sur le plan culturel.

LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LA CONFIANCE

LIGNE DIRECTRICE N° 12

Chaque femme est bien renseignée sur la prestation des services.

Indicateurs suggérés

- Chaque femme obtient une description claire des services et comprend les critères d'admission, les heures et la durée de l'engagement.
- Le concept du consentement éclairé a été expliqué à fond.
- Le personnel vérifie souvent auprès des femmes qu'elles se sentent à l'aise et veille à ce qu'elles comprennent bien la prestation des services.
- Le personnel demande aux femmes si elles ont des questions et veille à ce qu'on donne suite à leurs préoccupations ou suggestions.

LIGNE DIRECTRICE N° 13

Les cliniciens, les cliniciennes et les autres membres du personnel ont un comportement constant et uniforme dans toutes les interactions avec les femmes.

Indicateurs suggérés

- Les buts et les tâches sont précisés.
- Les promesses faites aux femmes sont toujours tenues.
- Les heures de rendez-vous sont planifiées de manière constante et uniforme.

LIGNE DIRECTRICE N° 14

Des lignes directrices sur les limites ont été élaborées et explicitement transmises.

Indicateurs suggérés

- Les membres du personnel comprennent les limites du contact physique et émotionnel avec les femmes et se comportent en conséquence.
- Les membres du personnel reconnaissent les limites de l'autodivulgence et se comportent en conséquence.
- Les membres du personnel comprennent les limites de leurs contacts paraprofessionnels avec les femmes qui sont des clientes (dont la présence à des groupes d'autoassistance) et se comportent en conséquence.
- Si des membres du personnel participent aux mêmes groupes d'autoassistance que des femmes qui sont clientes, on a établi des lignes directrices sur ces rencontres, tant à l'intention des femmes que du personnel, et ces lignes directrices sont respectées.

- Les membres du personnel ont expliqué aux femmes la nature et la portée de leurs interactions avec elles. Ils ont décrit les limites qui s'appliquent à eux et aux femmes, y compris lors des interactions après le contact clinique.

LIGNE DIRECTRICE N° 15

Les limites de la confidentialité et les politiques de l'organisme sur la tenue des dossiers ont été clairement expliquées.

Indicateurs suggérés

- Les membres du personnel décrivent clairement aux femmes les occasions où les renseignements seront divulgués sans leur consentement.
- Les membres du personnel décrivent aux femmes les renseignements qui seront réunis et leur donnent la possibilité de poser des questions et de refuser de donner des renseignements.
- Les membres du personnel décrivent aux femmes à quel endroit les dossiers sont conservés et pour combien de temps.

LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LE CHOIX ET LE CONTRÔLE

LIGNE DIRECTRICE N° 16

La prestation des services a été élaborée afin d'intégrer diverses mesures des progrès.

Indicateurs suggérés

- Les buts et processus des traitements ne se limitent pas à l'abstinence.
- On offre une gamme d'options concernant les possibilités de counseling et de services.
- Les écarts et les rechutes sont considérés comme des événements dont on peut tirer des leçons pour déterminer les éléments déclencheurs et trouver d'autres façons d'y résister.

LIGNE DIRECTRICE N° 17

Des membres du personnel féminins sont disponibles à tous les postes de prestation de services.

Indicateurs suggérés

- Des membres du personnel féminins sont disponibles à tous les postes de services cliniques, d'activités de programme et de services de soutien dans les résidences, tant le jour que la nuit.
- Seuls des membres du personnel féminins vérifient la présence dans les chambres.
- Des membres du personnel clinique féminins sont disponibles pour des sessions de counseling individuelles.
- Des membres du personnel clinique féminins animent les groupes réservés aux femmes ou les sessions à l'intention des femmes.
- Des membres du personnel clinique féminins animent ou coaniment les groupes mixtes.

LIGNE DIRECTRICE N° 18

Les cliniciens et les cliniciennes ont élaboré des mécanismes pour consulter les femmes qui ont vécu des traumatismes.

Indicateur suggéré

- On sollicite les rétroactions des femmes qui ont vécu des traumatismes au moyen d'échanges informels, d'évaluations formelles et de groupes de réflexion, ou en les faisant participer à un comité consultatif, et en leur offrant l'anonymat.

LIGNE DIRECTRICE N° 19

Les cliniciens et les cliniciennes s'assurent que les femmes peuvent demander des changements aux processus, aux politiques et aux procédures.

Indicateur suggéré

- Les rétroactions obtenues par diverses méthodes éclairent les programmes et la prestation des services d'ordre général.

LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LES APPROCHES FONDÉES SUR LA RELATION ET LA COLLABORATION

LIGNE DIRECTRICE N° 20

Les cliniciens et les cliniciennes ont la possibilité de cultiver des relations thérapeutiques.

Indicateur suggéré

- L'organisme accepte que le personnel clinique prenne le temps qu'il faut pour établir des relations fondées sur la confiance avec les femmes qui ont vécu des traumatismes.

LIGNE DIRECTRICE N° 21

La collaboration entre les femmes et le personnel clinique est favorisée.

Indicateurs suggérés

- On offre des choix aux femmes concernant leur expérience de services.
- Les femmes qui en sont aux étapes de l'avant-prise de conscience et de la prise de conscience sont soutenues jusqu'à ce qu'elles soient prêtes à passer aux étapes de la préparation et de l'action.
- On donne aux femmes la possibilité de participer activement et de contribuer à la détermination de leurs besoins lors de la planification d'un traitement.

LIGNE DIRECTRICE N° 22

On encourage la flexibilité dans le milieu et au sujet des processus.

Indicateur suggéré

- Les activités courantes, les procédures normales et l'espace physique sont adaptés lorsque des femmes indiquent, verbalement ou non verbalement, qu'elles ne sont pas à l'aise avec la situation actuelle.

LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LES MODALITÉS DU RENFORCEMENT DU POUVOIR D'AGIR REPOSANT SUR LES FORCES

LIGNE DIRECTRICE N° 23

La prestation des services et le counseling intègrent une gamme complète de compétences visant le renforcement du pouvoir d'agir.

Indicateur suggéré

- Les cliniciens, les cliniciennes et les autres membres du personnel comprennent et transmettent les compétences nécessaires pour que les femmes qui ont vécu des traumatismes puissent renforcer leur pouvoir d'agir.

LIGNE DIRECTRICE N° 24

Les rétroactions des femmes sont intégrées au processus du renforcement du pouvoir d'agir.

Indicateur suggéré

- On sollicite les rétroactions des femmes qui ont vécu des traumatismes au moyen d'échanges informels, d'évaluations formelles et de groupes de réflexion, ou en les faisant participer à un comité consultatif.

LIGNE DIRECTRICE N° 25

On trouve un équilibre entre les changements à la consommation de substances et la réduction des réactions traumatiques.

Indicateur suggéré

- On encourage les petites étapes dans les changements à apporter à la consommation de substances, afin de minimiser le potentiel de réactions traumatiques.

LIGNE DIRECTRICE N° 26

Tous les aspects de la programmation sont formulés selon un langage qui vise à renforcer le pouvoir d’agir.

Indicateurs suggérés

- Après avoir fait une tournée de l’environnement, on retire tout le matériel (affiches, dépliants, autres documents imprimés) qui contient des messages qui sont punitifs ou qui donnent des ordres.
- Les feuillets d’information, les manuels et d’autres documents imprimés ont été revus pour comprendre un langage qui vise à renforcer le pouvoir d’agir.
- Les politiques des programmes, dont celles sur les écarts et les rechutes, ne comportent pas de conséquences punitives.
- Les programmes sont axés sur l’apprentissage et le changement graduel. Ils ne prévoient pas de conséquences punitives lors des écarts ou des rechutes des femmes.

Divulgarion – Lorsque les pratiques tenant compte des traumatismes exigent des compétences spécifiques aux traumatismes

Même si les services qui tiennent compte des traumatismes ne comprennent pas nécessairement de programmes spécifiques aux traumatismes, les femmes peuvent avoir des réactions traumatiques ou commencer à divulguer leurs expériences traumatiques à n'importe quel stade des interactions avec un fournisseur ou une fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances. Toutes les personnes qui travaillent dans des organismes de services d'aide aux personnes qui consomment des substances doivent savoir que des éléments déclencheurs peuvent provoquer des réactions traumatiques et doivent pouvoir utiliser des stratégies appropriées lorsque ces réactions se produisent.

Lorsque des réactions traumatiques se produisent ou qu'une femme divulgue ses expériences traumatiques, les pratiques tenant compte des traumatismes sont les suivantes :

- augmenter le sentiment de sécurité en faisant acquérir des compétences d'autogestion (comme la conscience de l'ici-maintenant et l'endiguement) lorsqu'une situation de détresse se déclare;
- faciliter l'apprentissage de stratégies d'adaptation, de guérison et de renforcement du pouvoir d'agir;
- aider les femmes à réduire les méfaits pouvant découler des conséquences imprévues des stratégies d'adaptation;
- mettre en contexte les réactions d'adaptation de la femme comme étant des mécanismes de survie et tenter de trouver d'autres façons de s'adapter, pour favoriser le processus du rétablissement;
- veiller à ce qu'on fasse un suivi et qu'on donne suite à une divulgation, tout en soutenant la femme, car cela est essentiel pour la sécurité et la confiance – si une femme divulgue ses expériences traumatiques, il ne faut pas laisser tomber le sujet mais y donner suite, en la soutenant et en faisant le suivi des interactions qui suivront;

- réagir à la divulgation en la croyant et en la validant, et en tenir compte dans les aspects pratiques des soins;
- avant de passer aux autres problèmes mentionnés par la femme, l'aider à surmonter les émotions pénibles;
- faire des aiguillages « bienveillants » vers des services spécifiques aux traumatismes.

Liste de vérification des compétences – Fournisseurs et fournisseuses de services tenant compte des traumatismes

Même si les fournisseurs et fournisseuses de services tenant compte des traumatismes ne dispensent pas de services spécifiques aux traumatismes, ils et elles ont besoin d'avoir les compétences nécessaires pour intervenir de manière appropriée lors des réactions traumatiques (comme la dissociation ou l'anxiété accrue) ou lors des divulgations d'expériences traumatiques. Cela veut dire qu'il leur faut au moins des connaissances de base sur la façon d'intervenir lors des réactions traumatiques, dont des techniques sur la conscience de l'ici-maintenant et pour donner de la sécurité. Voir **Éléments déclencheurs – Ce qu'il faut faire** plus loin dans le texte.

Idéalement, la gamme de services communautaires dont les services d'aide aux personnes consommatrices de substances peuvent se servir comprendra un programme spécifique aux traumatismes.

Un programme spécifique aux traumatismes peut faire des aiguillages vers du soutien continu (pour les femmes) ou suggérer des stratégies de pratiques (aux fournisseurs et aux fournisseuses de services). S'il n'y a pas de programme spécifique aux traumatismes dans la communauté, il faut alors faire preuve de créativité pour trouver des moyens d'aider, par exemple des vidéoconférences dans les régions éloignées ou des ateliers et de la formation en ligne. Dans la mesure du possible, il est préférable de faire venir quelqu'un pour donner des ateliers de formation au personnel.

Cela pourrait constituer la possibilité de donner de la formation communautaire en collaborant avec les autres services selon le sexe offerts dans la région. Il ne faut jamais, pour aucune considération, décider d'essayer de donner du counseling spécifique aux traumatismes sans formation appropriée. Cela peut faire plus de mal que de bien, par inadvertance.

Éléments déclencheurs – Ce qu'il faut faire

Un élément déclencheur est un stimulus, un événement ou même une façon de parler qui peut provoquer l'apparition d'un souvenir ou d'un rappel éclair.

L'élément déclencheur rappelle un traumatisme antérieur à la femme ou le lui fait revivre. Le souvenir peut être conscient ou inconscient. Comme les réactions traumatiques varient d'une femme à l'autre, certains éléments déclencheurs pourraient ne pas être prévisibles ou évitables.

Il y aura inévitablement des éléments déclencheurs dans tous les types de milieux.

Comme exemples, on peut mentionner apercevoir quelqu'un qui rappelle une expérience traumatique ou se faire subitement toucher dans l'autobus ou dans un magasin. Tout comme les femmes qui suivent un traitement pour la consommation de substances doivent apprendre à résister aux éléments déclencheurs (par exemple, durant les activités sociales), les femmes qui ont vécu des traumatismes doivent acquérir des compétences qui leur permettront de gérer les éléments déclencheurs quotidiens.

Les éléments déclencheurs n'entraînent pas nécessairement une retraumatisation.

Les événements déclencheurs sont tout particulièrement bouleversants et déstabilisants. Mais ils n'entraînent pas nécessairement une retraumatisation. Des compétences comme l'autoréconfort et la conscience de l'ici-maintenant (décrites ci-après) peuvent aider les femmes à gérer leurs réactions traumatiques. Elles seront particulièrement utiles aux femmes qui n'ont pas vécu beaucoup d'expériences où elles étaient traitées avec gentillesse et bienveillance. L'ici-

maintenant et l'autoréconfort sont aussi des outils importants dont les femmes peuvent se servir pour maîtriser leurs émotions et se replonger activement dans le milieu et le moment présents.

Les fournisseurs et fournisseuses de services peuvent aider une femme à réfléchir à la façon dont elle peut prendre soin d'elle-même et réduire les méfaits de la consommation de substances, de l'automutilation, des stratégies d'adaptation nuisibles ou des situations /personnes à risque ou dangereuses comme suit :

- en **reconnaissant ses connaissances et sa force**, en l'encourageant à continuer d'utiliser ces atouts et en la soutenant lorsqu'elle tente de le faire;
- en **l'aidant à déterminer les stratégies positives** qu'elle a utilisées dans le passé pour faire face à des réactions traumatiques et qui peuvent être utilisées à nouveau;
- en **examinant avec elle les stratégies malsaines qu'elle pourrait avoir utilisées**, qui pourraient l'avoir aidée à un moment donné, mais qui comportent des risques, par exemple la consommation de substances, l'hyperphagie (trop manger) ou l'hypophagie (ne pas manger assez) ou l'automutilation;
- en collaborant avec elle pour **trouver et apprendre d'autres stratégies d'adaptation**, et l'inviter à réfléchir à la façon dont elle pourrait utiliser une nouvelle stratégie;
- en **introduisant et en pratiquant de nouvelles stratégies**, en prêtant attention au niveau d'aisance de la femme lorsqu'elle les utilise;
- en **reconnaissant que renoncer à toutes les stratégies d'adaptation en même temps pourrait ne pas être réaliste** – les changements graduels pour réduire les méfaits et acquérir des compétences peuvent constituer la meilleure approche;
- en travaillant avec elle pour **déterminer les situations et les relations actuelles qui peuvent nuire à sa sécurité** (p. ex., les bars très achalandés, les comportements menaçants, se faire suivre) et les moyens qu'elle peut prendre pour se protéger elle-même.

« Lorsqu'on retire la substance et que rien ne la remplace, c'est trop dur. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

« Le rire est extraordinaire, par exemple regarder des comédies à la télévision. J'essaie de le faire une fois par jour. Ou de regarder des films qui réconfortent. Les comédies vous font oublier votre anxiété. Et changer votre monologue intérieur. On change de chaîne. On améliore ce à quoi on pense. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Stratégies d'autoréconfort

L'autoréconfort est une compétence importante que les femmes peuvent utiliser pour gérer le stress et la détresse.

Avec de la réflexion et de la pratique, chaque femme trouvera les moyens qui fonctionnent le mieux pour elle. Voici des stratégies qu'on pourrait lui suggérer :

- Gardez sur vous un objet qui vous donne un sentiment de sécurité, par exemple un petit animal en peluche, la photo d'un animal de compagnie, d'un ami ou d'une amie que vous aimez beaucoup ou un médaillon de votre groupe d'entraide.
- Préparez-vous une tasse de thé ou de tisane. Buvez lentement et savourez l'odeur et le goût.
- Passez du temps à un endroit paisible et sécuritaire.
- Faites une longue marche dans un parc, dans la forêt ou dans la campagne.
- Lisez des messages positifs.
- Prenez un bain chaud.
- Apprenez et pratiquez des techniques simples de yoga, de méditation ou de relaxation.
- Faites jouer de la musique. Cela aide à libérer les émotions.
- Regardez une émission de télévision ou un film qui vous aide à vous sentir bien dans votre peau.
- Allez pêcher ou observer des oiseaux.
- Préparez-vous un plat avec des aliments réconfortants.
- Faites-vous une manucure ou une pédicure.
- Appelez une amie ou une marraine.
- Écrivez dans votre journal.
- Appelez votre thérapeute, pour avoir de l'aide.

Conscience de l'ici-maintenant

La conscience de l'ici-maintenant est une compétence extrêmement utile pour les femmes exposées à un élément déclencheur et ayant des réactions traumatiques.

La conscience de l'ici-maintenant peut prendre de nombreuses formes. La présente section en présente trois types (respiration, techniques physiques et techniques mentales/cognitives).

Pour montrer à une femme des techniques de conscience de l'ici-maintenant, le fournisseur ou la fournisseuse de services devrait commencer par lui expliquer ce qui suit :

- La conscience de l'ici-maintenant est un ensemble d'outils que vous pouvez utiliser en tout temps pour vous aider à surmonter des rappels éclair, des souvenirs corporels, des sentiments accablants ou des éléments déclencheurs vous menant à consommer des substances. Le but est de vous sortir de ces pensées, sentiments ou sensations et de vous sentir plus stable.
- Vous pourriez ne pas reconnaître que vous êtes en état de détresse ou que vous vous trouvez devant un élément déclencheur. Apprenez à reconnaître les messages de votre corps sur votre niveau de stress. Par exemple, vos pensées s'accroissent, votre poitrine se serre, vous avez une boule dans l'estomac ou votre cœur bat très vite sans aucune raison. Certaines situations ou certains moments de la journée sont

particulièrement stressants, par exemple l'heure du coucher, les disputes, un appel téléphonique d'un membre de la famille ou d'un ancien petit ami ou, encore, une interaction avec une personne qui travaille pour la protection de l'enfance.

- Essayez diverses techniques. Trouvez-en deux qui sont faciles pour vous et fonctionnent.
- Vous devriez peut-être les écrire sur une petite carte et garder la carte sur vous en tout temps.

Un fournisseur ou une fournisseuse de services peut aider une femme à apprendre diverses techniques de conscience de l'ici-maintenant en lui donnant des instructions de base comme celles qui sont décrites ci-dessous.

1. Respiration

- a) Trouvez un endroit où vous pouvez vous asseoir en tout confort. Placez vos pieds sur le sol, bien fermement.
- b) Respirez profondément à travers les narines, expirez lentement, par la bouche.
- c) Il peut être utile de compter lentement lorsque vous respirez et lorsque vous expirez.
- d) Continuez à respirer lentement de cette façon, jusqu'à ce que vous vous sentiez plus calme.

2. Techniques physiques de conscience de l'ici-maintenant

- a) Faites couler de l'eau sur une de vos mains.
- b) Touchez à la chaise sur laquelle vous êtes assise, touchez à la partie sur laquelle vous êtes assise, remarquez la sensation au toucher, essayez de décrire la sensation, par exemple c'est doux, c'est dur, c'est du bois, etc.
- c) Écoutez les sons autour de vous et nommez-les à voix haute.
- d) Serrez et relâchez les poings. Vous pouvez aussi poser les mains sur vos cuisses, en joignant les mains de sorte que vos pouces et vos index se touchent.
- e) Tapez du pied sur le sol.
- f) Buvez un verre d'eau froide et remarquez la sensation de froid dans votre bouche et vers votre estomac. Imaginez que l'eau transporte la guérison à travers votre corps tout entier.

g) Lavez-vous le visage avec une débarbouillette froide.

3. Techniques mentales de conscience de l'ici-maintenant

- a) Ouvrez les yeux et regardez autour de vous. Nommez tout ce que vous voyez, par exemple, dites : Je suis dans le salon, les murs sont jaunes, le divan est brun, et ainsi de suite.
- b) Comptez lentement jusqu'à 20 et ensuite à rebours jusqu'à un. Si vous parlez une autre langue, comptez dans cette langue.
- c) Récitez toutes les lettres de l'alphabet lentement.
- d) Rappelez-vous que vous êtes en sécurité, maintenant. Dites « Je suis dans un endroit sécuritaire, maintenant, aujourd'hui on est _____ et ceci n'est pas le passé. »
- e) Souvenez-vous d'un événement positif qui est arrivé aujourd'hui.

Autogestion de la santé (prendre soin de soi)

Les expériences traumatiques et les réactions et adaptations qui s'ensuivent peuvent réduire la capacité d'une femme à prendre soin d'elle-même de manière saine et de jouir de la vie.

Aider les femmes à se soucier d'elles-mêmes et à prendre soin d'elles-mêmes constitue un pas important vers le rétablissement et la santé. Certaines femmes peuvent ne pas avoir beaucoup d'expérience en autogestion de la santé. Elles peuvent ignorer que tout le monde a besoin de prendre part à des activités qui leur procurent du plaisir, soulagent leur stress et leur donnent la joie de vivre.

Les fournisseurs et fournisseuses de services peuvent aider les femmes à trouver des stratégies saines et à élaborer des plans clairs, concrets et réalisables pour elles.

Comme la consommation de substances est souvent étroitement associée au soulagement du stress, il est essentiel que les stratégies d'autogestion de la santé comprennent d'autres moyens que les substances pour gérer le stress, tout en correspondant aux buts d'une femme sur la réduction des méfaits et l'absti-

nence. Par exemple, pour certaines femmes, prendre part à des activités comme de l'artisanat ou s'impliquer dans des organismes communautaires a bien fonctionné.

Limites et relations

De nombreuses femmes ayant vécu des traumatismes peuvent avoir des difficultés à établir des limites appropriées.

Elles peuvent avoir des difficultés à établir des limites de « proximité » et de « distance » dans les relations interpersonnelles ou à répondre « oui » ou « non » de façon appropriée. Un fournisseur ou une fournisseuse de services peut aider une femme à reconnaître les caractéristiques des relations sécuritaires et à risque, ainsi qu'à acquérir l'aptitude de dire « non » aux relations nuisibles et « oui » aux relations qui la soutiennent. La relation de counseling elle-même devrait constituer une « relation de guérison », dans laquelle la femme peut se sentir en sécurité, faire confiance, discuter des limites appropriées et en observer des modèles.

Dépistage systématique tenant compte des traumatismes

« Le dépistage des traumatismes désigne une évaluation brève et ciblée pour déterminer si [une femme] a vécu... des événements traumatiques. »²⁸

Le dépistage systématique des traumatismes est une mesure essentielle pour les organismes qui veulent tenir compte des traumatismes.

Le dépistage systématique veille à ce que toutes les personnes participant à la relation thérapeutique – le personnel et les femmes – pensent aux traumatismes. Pour le personnel, cela se traduit par une plus grande conscientisation des traumatismes, parce que les questions sont intégrées au processus d'admission et d'évaluation. Le simple fait de poser des questions sur

les traumatismes crée une prise de conscience individuelle et organisationnelle, tout en contribuant à diminuer la dévalorisation.²⁹

Poser des questions aux femmes sur les traumatismes peut avoir plusieurs fonctions, notamment :

- **informer** les femmes que les fournisseurs et fournisseuses de services reconnaissent l'importance du lien entre les traumatismes et la consommation de substances et qu'ils et elles sont disposés à parler des expériences des femmes avec celles-ci;
- **transmettre** aux femmes le message que la consommation des substances et les traumatismes sont liés et que la guérison doit porter sur les deux;
- **aider** les femmes à cheminer dans leur réflexion sur le rôle du ou des traumatismes dans leur vie personnelle, particulièrement celles qui n'ont pas encore fait le lien entre leur consommation de substances et les traumatismes;
- **augmenter** la participation des femmes au programme, en montrant que le personnel se préoccupe assez de cet aspect des expériences des femmes pour s'informer à ce sujet;
- **valider et normaliser** les expériences des femmes; plusieurs femmes ont signalé que le simple fait d'apprendre les effets des traumatismes peut confirmer la façon dont elles se sentent, même si elles décident de ne pas en parler, car le fait de comprendre que leurs réactions sont normales peut constituer un premier pas important les menant à obtenir des soins spécifiques aux traumatismes.^{30, 31}

En même temps, il est important de reconnaître que les femmes qui demandent de l'aide pour leur problème de consommation de substances ne se souviendront pas toutes de leurs expériences pénibles ou ne se sentiront pas toutes assez en sécurité pour les divulguer. En fait, certaines femmes peuvent ne pas avoir vécu de traumatismes. Toutefois, poser des questions à toutes les femmes sur leurs expériences durant le processus préliminaire d'admission et d'évaluation demeure utile, notamment pour :

- planifier le traitement;

- dégager toutes les préoccupations immédiates de sécurité qui peuvent exiger une intervention d'urgence;
- planifier les liens (aiguillages) nécessaires;
- montrer de l'ouverture pouvant mener à une divulgation plus tard, si la femme ne parle pas de ses expériences traumatiques au début.

Responsabilités organisationnelles

Avant de commencer à faire du dépistage tenant compte des traumatismes, les organismes ont la responsabilité de veiller à ce que l'ensemble du personnel reçoive de la formation sur les méthodes cliniquement appropriées pour poser des questions et qu'il comprend bien la nature et l'intention du processus de dépistage.

Avant que le personnel ne fasse du dépistage tenant compte des traumatismes, les organismes de services d'aide aux personnes consommatrices de substances doivent :

- fournir au personnel et aux bénévoles de la **formation et de l'éducation** sur la prévalence des traumatismes chez les femmes qui demandent de l'aide pour des problèmes de consommation de substances;
- veiller à ce que le dépistage tenant compte des traumatismes soit intégré aux processus d'admission et d'évaluation de façon **mesurée, réceptive et respectueuse** et soit considéré comme une invitation à déterminer les problèmes, plutôt que comme un processus de « diagnostic »;
- s'assurer que le personnel comprenne bien que **toutes les femmes ne divulgueront pas leurs expériences**, et qu'elles ne devraient pas non plus y être obligées – le personnel doit comprendre que les femmes ont toujours le droit de dire « Je ne souhaite pas répondre à cette question » et qu'il faut les informer de ce droit;
- faire acquérir au personnel des compétences pour poser des questions de dépistage de façon cliniquement appropriée et **culturellement sensible** aux diverses populations desservies;

- **intégrer** le dépistage tenant compte des traumatismes dans les services dispensés au sein de la communauté, ainsi que les services d'admission, d'évaluation et cliniques;
- fournir un **environnement sécuritaire** pour les femmes.

Procédure clinique

Préparer une femme au processus de dépistage.

On lui explique qu'un grand nombre de femmes qui se présentent pour avoir de l'aide avec leur problème de consommation de substances peuvent aussi avoir vécu des traumatismes et que le processus de dépistage comprend des questions sur les traumatismes. Voici les points importants :

- **Expliquer** que les questions peuvent être pénibles et faire surgir des émotions, qu'elle a toujours le droit de ne pas répondre à une question et qu'on ne refusera pas de lui donner des services parce qu'elle décide de ne pas répondre.
- Lui **demander** la permission de commencer.
- La **rassurer** – lui faire savoir que la prestation des services tient compte des traumatismes et qu'elle sera en sécurité si elle décide d'en parler, peu importe le moment.

Exemple de scénario pour amorcer la conversation

« D'après notre expérience, beaucoup de femmes qui ont des problèmes de consommation de substances ont aussi vécu une forme de traumatisme, par exemple une agression sexuelle durant l'enfance ou de la violence dans une relation adulte. Nous aidons les femmes à comprendre les liens entre les traumatismes et la consommation de substances. Si vous avez vécu un traumatisme, nous ne nous attendons pas à ce que vous nous en parliez maintenant ou plus tard, à moins vous sentir prête ou à l'aise. Je veux que vous sachiez que, si vous avez vécu un traumatisme, vous pouvez en parler en toute sécurité avec le personnel, lorsque vous vous sentirez prête. »

- **Utiliser un langage direct et simple**, afin d'éviter la confusion, mais en formulant les questions avec prudence et gentillesse, pour éviter la retraumatisation (par exemple, « Avez-vous vécu des expériences, quand vous étiez enfant ou à l'âge adulte, qui contribuent à votre consommation de substances? »).
- **Faire preuve de sensibilité** par rapport aux besoins individuels et aux problèmes du contexte de vie, dont la dynamique liée à la culture. Par exemple, il faut envisager la possibilité que les femmes immigrantes ou réfugiées ont été violentées, violées ou torturées avant d'arriver au Canada et qu'elles peuvent s'inquiéter des répercussions sur leur statut au Canada si elles en parlent. Les femmes autochtones ont des expériences diverses de transmission de traumatismes individuels, culturels et historiques.
- **Lui demander** si elle est présentement en danger (par exemple, « Craignez-vous que quelqu'un vous fasse du mal, en ce moment? »). Si c'est le cas, il faut l'aider à élaborer un plan pour assurer sa sécurité immédiate.
- **Observer attentivement** les signes verbaux et non verbaux indiquant que des questions sont trop stimulantes ou accablantes émotionnellement. Lorsque cela se produit, il faut aider la femme à prendre conscience de l'ici-maintenant et à se stabiliser.
- **Faire preuve de sensibilité clinique** pour reporter certaines questions jusqu'à ce qu'elle se sente mieux capable de continuer ou si elle accepte d'en discuter à un autre moment.
- **Vérifier** de temps à autre auprès de la femme pour lui demander si elle veut continuer, particulièrement si elle présente des signes de détresse. En cas de doute, mieux vaut lui demander.
- **Garder à l'esprit** que les réponses négatives aux questions de dépistage ne veulent pas nécessairement dire qu'une femme n'a pas vécu de traumatismes. Elle peut avoir besoin de mieux connaître l'organisme et le personnel pour se sentir en sécurité et ressentir assez de confiance pour parler d'événements pénibles avec d'autres personnes.
- **Faire preuve d'une grande prudence** afin d'éviter de trop parler d'événements traumatiques au stade du dépistage. Il pourrait être nécessaire d'expliquer à la femme que le dépistage vise à déterminer les

problèmes. Il n'est pas utile de dévoiler trop d'information, parce que cela peut déclencher des sentiments intenses avant d'avoir appris les techniques pour composer avec ces sentiments.

- **Décrire clairement** les services que l'organisme peut lui offrir ainsi que les aiguillages qui peuvent l'aider à se rétablir.

« Au lieu de compter sur un diagnostic officiel, le processus d'évaluation devrait présumer qu'il y a eu des traumatismes. Les questions changent alors d'optique. On passe des « avez-vous... » qui cherchent des symptômes, à des « qu'est-ce qui vous aide avec... » qui cherchent les adaptations et les forces. » ³²

Exemples de questions de dépistage qui tiennent compte des traumatismes

Faire une déclaration générale sur la relation entre la consommation de substances et les traumatismes.

- « Certaines femmes remarquent des liens entre leur consommation de substances et des expériences traumatiques, par exemple de la violence psychologique, physique et sexuelle, de la négligence, une catastrophe naturelle, la perte d'une culture ou de la garde d'un enfant. »

Rappeler à la femme qu'elle a le droit de ne pas répondre aux questions.

- « Si ces questions vous rendent mal à l'aise, vous n'êtes pas obligée de répondre. Si vous ne voulez pas répondre, il vous suffit de dire "Je ne veux pas répondre à cette question". Vous avez toujours le choix. Vous n'avez pas besoin de donner une réponse qui n'est pas vraie. Il suffit de dire que vous ne voulez pas répondre. Et nous vous écouterons. »

Ensuite, poser les questions suivantes :

- « Avez-vous déjà eu des expériences comme celles que je viens de mentionner et dont vous pensez qu'il serait important pour nous de le savoir? »
- « Est-ce que vous vivez ces expériences en ce moment? » (Mentionner des exemples, comme les rappels éclair, les cauchemars, la perte de la notion du temps, les réactions aux bruits soudains, sursauter facilement.)
- « À quelle fréquence cela vous arrive-t-il? »
- « Qu'est-ce que vous aide à surmonter ces expériences? »
- « Êtes-vous toujours en contact avec la ou les personnes qui vous ont fait du mal? Qu'est-ce qui vous aide à composer avec cela? »
- « Avez-vous de la peine parce que vous avez perdu quelqu'un ou quelque chose? Si vous vous sentez à l'aise d'en parler, voulez-vous nous en parler? »

(Adapté du questionnaire du Jean Tweed Centre)

Un dernier mot sur le dépistage des traumatismes

Demander à une femme si elle a vécu un événement traumatique ne consiste pas à en discuter à fond. Les questions fermées auxquelles les femmes répondent par un « oui » ou un « non » permettent d'encadrer le processus de dépistage.

Le dépistage qui tient compte des traumatismes minimise la quantité de renseignements réunis et veille à ce que les femmes ne se sentent pas obligées de dévoiler de l'information avant d'être prêtes à le faire.

Pour bien gérer la divulgation d'expériences traumatiques, les fournisseurs et fournisseuses de services doivent s'assurer que les femmes se sentent en sécurité et disposent de l'aide et des compétences nécessaires.

Maternage et relations familiales – Répercussions et pratiques émergentes

« Les forces et les besoins des femmes enceintes et des [mères] ayant des troubles et des traumatismes [concomitants] ont été largement négligés. Cela est particulièrement ironique, étant donné que le désir de garder ou de retrouver leurs enfants est l'une de leurs motivations les plus puissantes qui soient pour demander de l'aide. »³³

Les femmes consommatrices de substances et ayant vécu des traumatismes peuvent également être mères ou enceintes. Plusieurs ont des besoins liés à leur rôle de mère lorsqu'elles cherchent à obtenir de l'aide pour leurs problèmes de consommation de substances. Pour ces femmes, les préoccupations au sujet de leurs enfants et de leur rôle de mère peuvent constituer un élément essentiel de leur rétablissement et être un puissant catalyseur de changement.

Les données objectives sur la consommation de substances, le maternage et la grossesse sont relativement limitées, parce que de nombreuses mères craignent de subir des conséquences négatives ou punitives si elles dévoilent leurs problèmes de consommation de substances; toutefois, la recherche indique que jusqu'à 70 % des femmes qui suivent des programmes d'aide à la consommation de substances ont des enfants.³⁴

Même s'il existe des programmes adaptés aux mères et axés sur leurs besoins au Canada, « il y a de grandes lacunes de disponibilité et d'accessibilité de ces services, selon la situation familiale et la gravité des problèmes de santé et sociaux. »³⁵

« Pour les mères célibataires, il est vraiment difficile d'obtenir les services de garderie nécessaires qui leur permettent de recevoir les services qui les aident. Les enfants souffrent, parce que les mères ne peuvent pas avoir d'aide. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Quelques faits sur ces femmes

Les données compilées par Breaking The Cycle (un programme de Toronto pour les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances ainsi que pour leurs enfants) indiquent que :

- 65 % de leurs clientes vivent des agressions sexuelles;
- 81 % vivent de la violence physique;
- 84 % vivent de la violence psychologique. ³⁶

Les femmes qui ont obtenu des services à Breaking The Cycle (BTC) ont signalé des taux élevés de consommation de substances dans leurs familles d'origine et chez leurs conjoints. Près de 50 % des femmes ont signalé avoir des conjoints violents. Les femmes ont également indiqué qu'elles éprouvaient de nombreux problèmes psychologiques et affectifs comme la dépression, l'anxiété, les rappels éclair, l'automutilation et des réactions associées à de la violence et à des traumatismes. ³⁷

Même s'il est évident que les répercussions de la consommation de substances varient beaucoup d'une famille à l'autre, BTC a constaté que les femmes consommatrices de substances ayant vécu des traumatismes avaient de la difficulté à fournir des environnements familiaux stables et épanouissants à leurs enfants. ³⁸ D'autres chercheurs et chercheuses ont constaté que les niveaux élevés d'exposition à des traumatismes étaient liés à une satisfaction moindre du maternage, au signalement de cas de négligence d'enfants, au recours au châtiment physique et à des antécédents de cas signalés à la protection de l'enfance. ³⁹

Répercussions des traumatismes sur le maternage

Les expériences traumatiques passées ou actuelles nuisent à l'aptitude d'une femme de réguler ses émotions, de se maintenir en bonne santé physique et mentale, de participer à des relations, de bien assumer ses responsabilités parentales et de maintenir la stabilité familiale. Un traumatisme peut aussi nuire à son aptitude d'assurer la sécurité des enfants, de collaborer efficacement avec le personnel de la protection de l'enfance et de participer à un traitement pour ses problèmes de santé mentale ou ceux de ses enfants. Les expériences traumatiques peuvent :

- compromettre l'aptitude d'une mère à évaluer les dangers, ce qui entraîne :
 - des difficultés à poser des jugements appropriés sur sa sécurité et celle de ses enfants;
 - de la surprotection;
 - ou le contraire, c'est-à-dire ne pas remarquer des situations qui peuvent être dangereuses pour l'enfant.
- entraîner des rappels traumatiques ou des éléments déclencheurs (scènes, sons, situations ou sentiments qui rappellent l'événement traumatique) auxquels une femme peut réagir de manière démesurée (par exemple, le comportement des enfants peut rappeler à une mère ses propres expériences traumatiques du passé, lui faisant parfois adopter des comportements inappropriés ou nuisibles envers ses enfants – afin d'éviter ou de gérer des rappels traumatiques, une mère peut se distancer, ce qui rend le rapport avec ses enfants encore plus difficile);
- nuire à l'établissement et au maintien de relations sécuritaires et de confiance de la part d'une femme, y compris celles avec ses enfants (par exemple, une mère peut personnaliser le comportement négatif de ses enfants ou éprouver des sentiments négatifs sur le maternage, ce qui produit des punitions inefficaces ou inappropriées);
- produire une faible estime de soi et une perception négative d'elle-même en tant que mère;

- avoir des effets négatifs sur les sentiments et le comportement d'une femme à l'égard des fournisseurs et fournisseuses de services, particulièrement si elle vit ou revit une perte de contrôle;
- nuire à la prise de décisions, à la résolution de problèmes ou à la planification;
- rendre une femme plus vulnérable à d'autres facteurs de vie stressants, comme la pauvreté et le manque de soutien social, ce qui peut augmenter la vulnérabilité à des réactions traumatiques.

Le WELL Project, un centre établi au Massachusetts qui offre des services intégrés aux femmes consommatrices de substances qui ont vécu des traumatismes, a remarqué de nombreux besoins et problèmes parmi les mères qu'il dessert, notamment :

- un déni initial de l'existence des problèmes, en tant que tentative pour gérer la situation et protéger leurs enfants;
- le besoin de se trouver en sécurité, ce qui peut limiter l'attention portée aux enfants;
- une disponibilité physique et émotionnelle limitée;
- des difficultés à faire confiance;
- une capacité moindre d'avoir de l'empathie pour leurs enfants;
- une intimité moindre avec leurs enfants;
- le manque de modèles de rôle maternel positif;
- la perte de l'image de soin comme mère compétente et efficace;
- le déclenchement de souvenirs traumatiques à cause d'un enfant ou de son comportement. ⁴⁰

Le rôle maternel d'une femme qui consomme des substances peut la motiver beaucoup à trouver des services d'aide et à participer à un traitement.

« En dépit des difficultés auxquelles les femmes [consommatrices de substance] font face, elles considèrent tout de même le maternage comme étant le but central de leur vie et le rôle qui les définit. Pour elles, être mère est à la fois une source d'identité et de valeur personnelle, et une source de honte et de culpabilité. » ⁴¹

Répercussions des traumatismes sur les enfants

La recherche a prouvé que la consommation problématique de substances peut nuire à l'aptitude d'une femme à fournir un environnement stable et épanouissant à des enfants. Lorsque cela se combine à d'autres difficultés de la vie (comme un traumatisme), les enfants courent un risque plus élevé d'avoir : ⁴²

- des problèmes de croissance, de développement et de santé physique;
- des problèmes de fonctions cognitives et de réussite scolaire;
- des troubles affectifs et des problèmes de comportement;
- des troubles psychiatriques;
- des problèmes de consommation de substances. ⁴³

Le WELL Project a constaté que la consommation de substances d'une mère ayant vécu des traumatismes pouvait avoir de nombreuses répercussions sur ses enfants, notamment :

- Ils ne savent pas clairement ce qu'on attend d'eux, à cause du comportement changeant de la mère.
- Ils adoptent des comportements fantasques, pour tester ce qu'ils peuvent obtenir de la mère et, possiblement, comprendre les limites.
- Ils éprouvent des sentiments de deuil à cause des nombreuses pertes qu'ils vivent à cause des déménagements et de la perte de contact avec des camarades, la famille, les frères ou les sœurs.
- La relation avec leur mère est précaire.
- Ils assument des responsabilités parentales comme la cuisine, le nettoyage ou prendre soin des frères et sœurs, voire des parents eux-mêmes.
- Ils ont des problèmes comme un sommeil perturbé, des difficultés à s'alimenter et des troubles de santé mentale. ⁴⁴

Obstacles pour les femmes enceintes et les mères

Les femmes qui sont enceintes et les mères doivent surmonter des obstacles importants pour accéder aux services d'aide aux personnes consommatrices de substances. En Ontario, l'Initiative sur la toxicomanie et le développement de la petite enfance (ITDPE) a été mise sur pied pour augmenter la capacité de ces services pour leur permettre d'aider ces femmes. L'ITDPE a réuni des renseignements sur l'accès aux services.⁴⁵ Dans un rapport produit en 2008, elle avait relevé de nombreux obstacles au sujet de l'accès aux services :

- la dévalorisation;
- des inquiétudes sur la garde des enfants;
- le manque de ressources;
- le manque de conscientisation de la part des fournisseurs et fournisseuses de services;
- le manque d'expertise et de ressources de la part des programmes d'aide aux personnes consommatrices de substances;
- les attitudes des fournisseurs et fournisseuses de services;
- de délais d'attente.

« Il est difficile d'obtenir des services quand on a des enfants. J'ai quatre enfants et je ne voulais pas les traumatiser en les confiant à une agence de protection de l'enfance pour pouvoir obtenir de l'aide... On a besoin d'un programme qui intègre les enfants et qui leur confirme que tout va bien pour eux. Pour être capable d'obtenir les outils qui tiennent compte des traumatismes et pour aider les enfants à s'en sortir aussi. »

Participante à l'un des groupes de discussion du projet

Aplanir les obstacles et les problèmes de relation avec les services d'aide sociale à l'enfance

Les programmes ontariens pour les mères et les femmes enceintes ont mis sur pied plusieurs stratégies pour aider à aplanir les obstacles que les femmes doivent surmonter. Ces stratégies peuvent être utilisées à plus grande échelle, dans tous les programmes où les mères et les femmes enceintes reçoivent des services. Voici ce que ces stratégies comprennent :

- des services bien implantés dans la communauté, pour que les femmes puissent participer activement;
- des services individualisés dispensés dans des délais pertinents;
- un soutien constant pour aider les femmes par rapport à leur consommation de substances;
- des relations bien établies avec les ressources communautaires et un bon réseau d'aiguillage, pour aider les femmes à obtenir la gamme complète des services offerts pour elles et leurs enfants.⁴⁶

Les programmes de l'ITDPE ont tout particulièrement défini des stratégies qui encouragent de bonnes relations de travail et de collaboration avec les services d'aide sociale à l'enfance. Ces stratégies aident les femmes à devenir bien informées et à être bien soutenues durant la période où elles interagissent avec ces services :

- en donnant de la formation aux fournisseurs et fournisseuses des deux secteurs (protection de l'enfance et aide aux personnes consommatrices de substances);
- en établissant des protocoles conjoints pour que les deux secteurs collaborent;
- en créant des possibilités pour échanger des connaissances entre les deux secteurs;
- en suggérant d'autres initiatives comme des réunions régulières avec les gestionnaires clés des organismes d'aide sociale à l'enfance, l'élaboration de formulaires de consentement mutuel acceptés par les conjoints et par les femmes et la tenue de réunions de gestion de cas intégrée.

« Je ne lâcherai pas... Je serai l'une des premières de ma famille à laisser ce bagage derrière moi. »

Participant à un projet de l'ITDPE

Le rapport final de l'ITDPE a conclu que ces stratégies sont très efficaces, parce qu'elles entraînent :

- une meilleure santé pour les femmes et leurs enfants;
- des relations plus profondes entre les femmes et leurs enfants;
- des améliorations de la gestion de la consommation de substances;
- des améliorations importantes et mesurables en matière de nutrition, de logement, de finances, de fonctionnement quotidien, de santé mentale et de réseaux de soutien social.

Cadre de travail des pratiques

Les principes suivants correspondent à des pratiques qui tiennent compte des traumatismes et devraient être respectés par les services d'aide aux personnes consommatrices de substances avec toutes les femmes, y compris celles qui sont enceintes et les mères. Les services devraient s'efforcer :

- d'être axés sur les femmes et les mères, et utiliser des pratiques sexospécifiques qui reposent sur des données probantes;
- de se consacrer aux mères et aux enfants;
- d'utiliser des approches de réduction des méfaits;
- de collaborer avec les femmes et de les faire participer à titre d'expertes sur leur propre vie, ainsi que de collaborer avec des fournisseurs et fournisseuses de services en vue d'un changement selon un rythme réaliste et réalisable;
- d'être précis et explicites au sujet des buts et des attentes s'appliquant aux femmes et à leurs familles, tout particulièrement ce qui est associé à la présence des services d'aide sociale à l'enfance;
- d'utiliser des stratégies d'entrevue motivationnelle.⁴⁷

Services intégrés pour soutenir les femmes enceintes et les mères

Même si l'approche traditionnelle des services d'aide aux personnes consommatrices de substances a été de se consacrer exclusivement aux femmes, l'inclusion des enfants dans une approche de services intégrés retient l'attention et obtient du respect.

« L'attitude voulant que le rétablissement passe avant tout, que les femmes ont besoin de leur propre espace pour se rétablir et qu'elles ne peuvent se concentrer sur leur rétablissement si les enfants sont présents, démontre un manque de compréhension au sujet de l'accès, de la santé de la mère et des enfants et du fait que le rétablissement d'une mère ne se produit habituellement que lorsqu'il comprend ses enfants. »⁴⁸

Le programme d'études Nurturing Families Affected by Substance Abuse, Mental Illness and Trauma a été reconnu par le Center for Substance Abuse Prevention de la SAMHSA en tant que modèle des pratiques exemplaires pour renforcer les familles. Ce programme, qui a été utilisé par le WELL Project, repose sur les principes de développement relationnel de l'authenticité, de la mutualité et de l'empathie. Il comporte trois modules :

- un mentorat individuel consacré à l'apprentissage intensif de compétences;
- un accompagnement bienveillant des familles touchées par la consommation de substances, la maladie mentale et les traumatismes;
- des activités faisant acquérir des compétences mère/enfant.

Les conclusions tirées par le WELL Project sur les difficultés et les leçons apprises peuvent contribuer aux pratiques tenant compte des traumatismes à utiliser avec les femmes enceintes ou les mères qui ont vécu des traumatismes. Voici ces conclusions :

- Il est essentiel de fournir une atmosphère bienveillante aux mères.
- Le lien entre le maternage et le rétablissement est puissant et revêt de nombreuses formes.
- L'intervention se consacre au maternage.
- Il faut constamment surveiller les éléments déclencheurs. Cela doit être au premier plan.
- Les problèmes logistiques (p. ex., les heures, le transport et les services de garderie) doivent être résolus.
- Il est essentiel de soutenir les animatrices des groupes et les autres membres du personnel.
- Les animatrices devraient être des modèles de rôle pour les femmes.
- L'évaluation est essentielle.⁴⁹

Consommation de substances, traumatismes et relations interpersonnelles : Un problème émergent

Les chercheurs et chercheuses ont constaté que de nombreux problèmes vécus par des femmes à la suite de traumatismes (dont les réactions individuelles au stress, l'isolement, la qualité médiocre des relations et la réduction de l'intimité) sont également signalés par leurs conjoints et les membres de leurs familles.⁵⁰

Même si les données confirment le caractère utile de la thérapie de couple et familiale pour les femmes consommatrices de substances, l'utilité de ces modalités pour les femmes qui ont vécu des traumatismes est moins évidente. Les lignes directrices établies par l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) indiquent que les données sur l'efficacité de la thérapie de couple ou familiale auprès des femmes ayant vécu des traumatismes sont limitées. On ne sait pas à quel stade il faudrait recourir à ces thérapies, ni comment les combiner à d'autres approches de services.⁵¹

Lorsqu'on fournit des services de thérapie de couple ou familiale, ils font souvent partie d'un service spécifique aux traumatismes. Au début, les sessions visent principalement à éduquer sur les traumatismes et les réactions traumatiques. Par la suite, les sessions peu-

vent enseigner des compétences pour améliorer la communication et la résolution de problèmes, ainsi que déterminer les stratégies d'adaptation et les besoins de soutien mutuel. Les interventions peuvent aussi fournir aux couples et aux familles la chance de comprendre les répercussions des traumatismes sur leur vie. Des sessions de counseling individuel ont souvent lieu en même temps ou avant les sessions de thérapie de couple ou familiale.⁵²

Notes de fin de chapitre

Pour la référence complète, voir l'annexe B

- 1 Harris et Fallot, 2001
- 2 Klinik Community Health Centre, 2008
- 3 Hopper, Bassuk et Olivet, 2010
- 4 Klinik Community Health Centre, 2008
- 5 Harris et Fallot, 2001
- 6 Klinik Community Health Centre, 2008
- 7 Elliott et coll., 2005
- 8 Poole, 2012
- 9 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2005
- 10 Poole, 2012
- 11 MacKenzie, Cuff, et Poole, sous presse
- 12 Klinik Community Health Centre, 2008
- 13 Poole, 2012
- 14 Hopper, Bassuk et Olivet, 2010
- 15 Ibid.
- 16 Moses, Reed, Mazelis et D'Ambrosio, 2003
- 17 Fallot et Harris, 2009
- 18 Moses, Reed, Mazelis et D'Ambrosio, 2003
- 19 Ibid.
- 20 Poole, 2012
- 21 Klinik Community Health Centre, 2008
- 22 Herman, 1992
- 23 Miller et Stiver, 1997
- 24 Poole, 2012
- 25 Moses, Reed, Mazelis et D'Ambrosio, 2003
- 26 Klinik Community Health Centre, 2008
- 27 Ibid.
- 28 Fallot et Harris, 2001
- 29 Ibid.
- 30 Gose et Jennings, 2007
- 31 Stenius et Veysey, 2005
- 32 Skinner et O'Grady, 2005

33 Poole et Urquhart, 2010
34 Niccols et coll., 2012
35 Poole et Urquhart, 2010
36 Leslie, 2011
37 Ibid.
38 Ibid.
39 Cohen, 2008
40 Jablonski et Moses, 2002
41 Skinner et O'Grady, 2005
42 Niccols et coll., 2012
43 Ibid.
44 Jablonski et Moses, 2002
45 Jean Tweed Centre, 2008
46 Ibid.
47 Poole et Urquhart, 2010
48 Finkelstein, 1994
49 Jablonski et Moses, 2002
50 Nelson et Wampler, 2000
51 ISTSS
52 Ibid.

Chapitre 7

La relation thérapeutique

Objectif du chapitre 7

Discuter de la relation thérapeutique dans les pratiques qui tiennent compte des traumatismes, ainsi que des risques de traumatismes indirects et des stratégies qui peuvent atténuer ces risques

« Le rétablissement ne peut se produire dans l'isolement. Il ne peut avoir lieu que dans le contexte de relations caractérisées par la persuasion plutôt que la contrainte, les idées plutôt que la force et la mutualité plutôt que le contrôle autoritaire, soit précisément ce que les expériences traumatiques originales avaient ruiné. »¹

Pratiques tenant compte des traumatismes et relation thérapeutique

La relation thérapeutique est tout particulièrement importante lorsqu'on travaille avec des femmes qui ont vécu des traumatismes parce que – à un niveau fondamental –, les traumatismes bafouent le moi et l'aptitude à faire confiance.

Le modèle relationnel du développement des femmes a tout d'abord été étudié par Jean Baker Miller et le Stone Center du Wellesley College, au Massachusetts. Leurs travaux innovateurs ont profondément changé la façon dont nous comprenons l'épanouissement des femmes et ont contribué à guider la pratique des cliniciens et cliniciennes qui travaillent avec des femmes.

Le modèle relationnel met l'épanouissement des femmes au premier plan, grâce aux relations.

Il affirme que les femmes développent le moi et le sentiment de leur propre valeur lorsque leurs actions proviennent de relations avec autrui et les ramènent à ces relations.

Les relations favorisent l'épanouissement grâce au renforcement du pouvoir d'agir – non pas le pouvoir exercé sur les autres, mais le pouvoir utilisé avec les autres.

Le modèle relationnel reconnaît que les relations qui favorisent l'épanouissement possèdent deux qualités essentielles, que voici :

- *La mutualité* – Chacune des deux personnes impliquées dans la relation peut exprimer ses sentiments et ses perceptions et peut être touchée par les sentiments et les perceptions de l'autre.
- *L'empathie* – Chaque personne peut comprendre l'expérience des sentiments et des perceptions de l'autre sans être coupée de sa propre expérience.

« Les expériences fondamentales des traumatismes psychologiques sont l'élimination du pouvoir d'agir et la distanciation d'avec autrui. Par conséquent, le rétablissement repose sur le renforcement du pouvoir d'agir et l'établissement de nouvelles relations. »²

La relation thérapeutique est une relation d'un type unique.

Les deux parties (conseiller ou conseillère et cliente) « en arrivent à un but partagé, une collaboration qui implique qu'on s'engage et qu'on s'investit émotionnellement dans la relation, considérée comme un espace de changement et d'épanouissement ».³

La relation thérapeutique offre du respect, de l'information, un rapport et de l'espoir.

Ce type de relation contribue au développement du sentiment de sécurité et de la confiance, des éléments fondamentaux des relations d'aide visant la guérison. Les relations sécuritaires sont constantes, prévisibles, non violentes, ainsi qu'exemptes de honte et de blâme.⁴

« [Dans notre service qui tient compte des traumatismes], les relations entre les membres du personnel sont empreintes de collaboration. On a "le droit" d'être soi-même. Les relations entre les personnes qui fournissent les services et les personnes qui participent se déroulent aussi dans la collaboration. »

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances –
Ontario 2012

« Le personnel doit comprendre le déséquilibre de pouvoir inhérent à une relation entre personne aidante et personne aidée et faire de son mieux pour minimiser la hiérarchie. La violence interpersonnelle met en cause la personne qui la commet et la personne qui en est victime. Pour guérir la victime du traumatisme entraîné par cette expérience d'impuissance, une relation d'un type très différent, où règnent la collaboration et le renforcement du pouvoir d'agir, est ce qu'il y a de mieux. »⁶

Le premier principe est le renforcement du pouvoir d'agir – reconnaître qu'une femme assume et contrôle son rétablissement.

Le rôle d'un conseiller ou d'une conseillère est de devenir l'allié ou alliée de la femme, en étant solidaire avec elle.⁵ Ses connaissances, ses compétences et son expérience aident la femme à se rétablir, en lui faisant comprendre la nature et la signification de ses réactions traumatiques, en la familiarisant avec ces réactions et en montrant de l'empathie.

« Le moment où une femme fait le lien entre son traumatisme et sa consommation de substances est vraiment enrichissant... Elle comprend alors pourquoi elle a fait certains choix... On constate que la compréhension a remplacé la honte. »

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances –
Ontario 2012

Le conseiller ou la conseillère et la femme reconnaissent la nature inégale de la relation thérapeutique.

L'inégalité de cette relation peut être encore plus marquée lorsqu'on travaille avec des femmes qui ont été particulièrement marginalisées, isolées ou rendues impuissantes dans notre société.

Une relation renforce le pouvoir d'agir lorsque les femmes sont des partenaires égales et ont voix égale au chapitre.

Les conseillers et les conseillères doivent créer un environnement au sein duquel les femmes peuvent vivre des relations empreintes de mutualité et d'empathie avec le personnel de l'organisme, de même qu'avec le reste de la clientèle. Voici les caractéristiques de cet environnement :

- les échanges entre le personnel et la clientèle sont mutuels plutôt qu'autoritaires et, au lieu de blâmer, on établit des limites claires et respectueuses;
- les conseillers et conseillères travaillent *ensemble* avec une femme, pour l'aider à faire face à ses problèmes et à les résoudre, plutôt que de recourir à des techniques axées sur la confrontation agressive qui la blâment et lui font honte;
- pour aider une femme à déterminer ses atouts et à en tirer parti, les conseillers et conseillères utilisent des approches fondées sur les forces et des approches antioppressives;
- les conseillers et conseillères s'engagent à respecter les décisions d'une femme par rapport à sa propre vie.⁷

« Le clinicien ou la clinicienne recherche des germes de santé et de force, même dans les symptômes d'une femme. Par exemple, les difficultés relationnelles d'une femme peuvent être décrites comme des efforts pour établir des relations, plutôt que comme des échecs, des séparations et des distanciations... »⁸

Le tableau ci-dessous fait état de quelques-unes des différences caractérisant la relation entre la personne aidée et la personne aidante selon des approches tenant compte des traumatismes et des approches plus traditionnelles.⁹

Approches tenant compte des traumatismes	Approches traditionnelles
La relation est empreinte de collaboration.	La relation est hiérarchique.
On présume que la cliente et le conseiller ou la conseillère ont tous deux des bases de connaissances valides et utiles.	On présume que le conseiller ou la conseillère a une base de connaissances supérieure.
La cliente joue un rôle actif dans la planification des services et sa participation à ces services.	La cliente est considérée comme une bénéficiaire passive des services.
La sécurité de la cliente doit être garantie et la confiance établie au fil du temps.	La sécurité et la confiance de la cliente sont tenues pour acquises.

Répercussions positives de la relation thérapeutique

Des aspects importants de la relation thérapeutique ont été dégagés par la recherche.

Dans une étude, les femmes ont nommé cinq facteurs qui les ont aidées à se rétablir de leurs expériences traumatiques,¹⁰ soit :

- 1) l'alliance thérapeutique en soi;
- 2) des conseillers et conseillères qui avaient conscience du déséquilibre du pouvoir et qui n'en avaient pas abusé, qui expliquaient ce qu'ils et elles faisaient et pourquoi, et qui impliquaient les femmes dans la prise de décision;
- 3) pouvoir observer les conseillers et conseillères en train de parler des limites, de les faire respecter et, parfois, de les modifier, ce qui avait aidé les femmes à apprendre comment le faire dans leur propre vie;
- 4) des conseillers et conseillères qui expliquaient comment l'établissement de limites améliorerait le mieux-être des femmes;
- 5) des conseillers et conseillères qui croyaient dans les femmes et manifestaient de l'espoir par rapport au cheminement les menant au rétablissement.

L'acronyme RIRE

Saakvitne et coll.¹¹ ont suggéré que les conseillers et conseillères utilisent un simple acronyme, **RIRE**, pour se souvenir d'offrir aux femmes les quatre éléments les plus importants de la relation thérapeutique :

Respect
Information
Relation
Espoir

Forger l'alliance thérapeutique

Le traumatisme vécu par une femme peut avoir des répercussions profondes sur la relation thérapeutique.

Un traumatisme peut nuire à la capacité d'une femme d'entamer une relation de confiance. Il peut aussi avoir des répercussions indirectes, mais profondes sur un conseiller ou une conseillère. Par conséquent, il peut être difficile de forger une alliance de travail entre les deux. ¹²

Beaucoup de conseillers et conseillères pourraient avoir des difficultés par rapport à la façon dont les réactions traumatiques se manifestent dans la relation thérapeutique. Il n'est pas inhabituel que des femmes aient des crises fréquentes. Certaines se blessent, s'automutilent ou menacent de se suicider. La difficulté à forger une alliance thérapeutique peut prendre la forme de rendez-vous manqués ou de comportements agressifs ou inappropriés. Il peut être difficile de travailler avec une femme pour surmonter ces problèmes. Ces difficultés font en sorte qu'il est particulièrement important que les conseillers et les conseillères qui utilisent des pratiques tenant compte des traumatismes possèdent des connaissances de base sur le transfert des sentiments et le contre-transfert. Cela est tout particulièrement important pour les conseillers et conseillères qui ont vécu des traumatismes.

Qu'est-ce que le transfert de sentiments?

Le transfert de sentiments désigne habituellement les sentiments et les problèmes du passé que les femmes transfèrent au conseiller ou à la conseillère ou projettent durant la relation thérapeutique.

Les femmes apportent les réactions et distorsions de leur vie quotidienne dans leur relation avec leur conseiller ou conseillère. Lorsqu'une femme transfère des sentiments traumatiques, cela peut inclure des sentiments, des pensées, des espoirs et des craintes qui découlent de ses expériences traumatiques. Elle peut avoir la perception que le conseiller ou la conseillère la menace ou l'abandonne comme le faisait la personne responsable de son traumatisme. Ou une

femme peut idéaliser le conseiller ou la conseillère, lui donnant le rôle du parent ou du protecteur aimant et bienveillant qu'elle aurait toujours voulu avoir. ¹³

Les sentiments qu'éprouve une femme envers elle-même peuvent aussi avoir des répercussions sur la relation thérapeutique.

Les femmes qui ont vécu des traumatismes peuvent éprouver une honte considérable et avoir une faible estime de soi. Elles peuvent se sentir coupables et responsables de leurs expériences. Par conséquent, certaines femmes peuvent tenter d'éviter des questions associées aux traumatismes ou réagir à un conseiller ou à une conseillère en répétant les aspects de relations passées. Les conseillers et conseillères doivent avoir conscience des réactions traumatiques possibles, être prêts à y faire face et éviter de répéter ce qui peut rappeler les aspects des relations du passé, même si une femme se comporte de façon à encourager ces aspects et s'y attend. ¹⁴

Qu'est-ce que le contre-transfert?

Le contre-transfert désigne une gamme de réactions et de réponses qu'un conseiller ou une conseillère peut éprouver par rapport à une femme.

Le contre-transfert repose sur les antécédents et les problèmes personnels d'un conseiller ou d'une conseillère, y compris sa réaction au transfert de sentiments d'une femme. Le contre-transfert se produit dans toutes les relations thérapeutiques et peut être un outil utile si le conseiller ou la conseillère en a conscience. Toutefois, si le conseiller ou la conseillère projette ses propres sentiments ou problèmes non résolus qui peuvent émerger pendant la relation thérapeutique avec une femme, cela produira un contre-transfert malsain.

« Nous devons présumer que notre travail nous touchera... nous devons nous y attendre et travailler avec cela. »

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances –
Ontario 2012

L'efficacité des services sera moindre si le conseiller ou la conseillère n'a pas conscience de son propre contre-transfert.

Par exemple :

- En écoutant une femme se raconter, le conseiller ou la conseillère peut perdre son objectivité et ressentir de l'accablement, de la colère ou du désespoir. Ces réactions peuvent risquer de l'inciter à pousser la femme à faire face à des problèmes avant qu'elle n'y soit prête ou pour répondre aux besoins émotionnels du conseiller ou de la conseillère.
- À l'inverse, cela risque aussi de ralentir ou de détourner le processus thérapeutique, à cause des besoins émotionnels du conseiller ou de la conseillère.

Il est très important de laisser une femme décider du moment et du rythme du cheminement, particulièrement lorsqu'elle a vécu un traumatisme. ¹⁵

Pour les aider à reconnaître les problèmes de transfert de sentiments et de contre-transfert, les conseillers et conseillères ont besoin d'une supervision clinique efficace et de pouvoir consulter.

« Le contre-transfert explique pourquoi les conseillers et conseillères ont besoin de suivre leur propre thérapie. »

Personne chargée de la supervision clinique,
fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux
personnes consommatrices de substances –
Ontario 2012

Traumatisme indirect

Le terme *traumatisme indirect* décrit l'expérience des conseillers et conseillères qui travaillent auprès de femmes qui ont vécu des traumatismes. ¹⁶

Dans leur travail auprès des femmes, les fournisseurs et fournisseuses de services d'aide aux personnes consommatrices de substances sont indirectement exposés aux traumatismes. Par conséquent, plusieurs vivent un traumatisme indirect, même sans avoir personnellement vécu un traumatisme. ¹⁷

Les conseillers et conseillères qui vivent un traumatisme indirect courent le risque de se surinvestir ou de se sous-investir dans leur travail auprès d'une femme. ¹⁸ En voici des exemples :

- Afin d'éviter ou de prendre de la distance par rapport à des problèmes soulevés par le traumatisme, le conseiller ou la conseillère peut se sous-investir en ignorant, en niant ou en minimisant, involontairement ou même inconsciemment, l'expérience traumatique d'une femme.
- Le conseiller ou la conseillère peut se surinvestir en devenant extrêmement proche d'une femme, en dépassant les limites appropriées de la relation.
- Le conseiller ou la conseillère peut avoir des phantasmes de sauvetage ou éprouver une colère inappropriée à l'égard des anciens conseillers ou conseillères d'une femme, des parents de la femme ou de son conjoint actuel ou de ses conjoints passés.

Si elle devient trop personnelle, la relation thérapeutique peut cesser d'être bénéfique, car on perd ainsi l'objectivité nécessaire à une relation professionnelle.

« Je pensais à sa vie à de drôles de moments – dans la file d'attente à l'épicerie, en attendant qu'un feu de circulation change – on aurait dit qu'elle hantait mes pensées. »

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux
personnes consommatrices de substances –
Ontario 2012

Le traumatisme indirect peut découler des répercussions cumulées dans le cadre du travail auprès des femmes qui ont vécu des traumatismes.

Un traumatisme indirect *systemique* peut découler de l'expérience répétée de se trouver dans l'impossibilité d'aider des femmes à l'aide des ressources et des aiguillages dont elles ont besoin. Un conseiller ou une conseillère peut être particulièrement à risque en l'absence de soutien adéquat ou de supervision adéquate, de surveillance étroite de ses réactions personnelles envers les femmes et du maintien d'un mode de vie personnel sain. ¹⁹

« Je ressentais de plus en plus d'impuissance et de lassitude. J'ai commencé à me demander si je pouvais vraiment l'aider ou aider n'importe qui. »

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances –
Ontario 2012

Signes indiquant un traumatisme indirect

Meichenbaum a compilé un résumé des signes de traumatisme indirect les plus courants, que peuvent utiliser comme liste de vérification, ²⁰ notamment :

Sentiments

- Accablement, fatigue émotionnelle, sentiments insistants de colère, de rage et de tristesse
- Apathie, dépression, et surinvestissement émotionnel
- Isolement, aliénation, distance, détachement, rejet de la part des collègues
- Sentiment plus aigu de vulnérabilité et de subir des menaces personnelles

Pensées

- Continuer à penser aux clientes à l'extérieur du travail
- Suridentification avec la femme
- Perte d'espoir, pessimisme, cynisme, nihilisme
- Remise en question de ses compétences et de sa valeur personnelle, faible satisfaction à l'égard du travail

- Ébranlement de sentiments personnels de sécurité, de confiance, d'estime, d'intimité et de contrôle

Comportement

- Distanciation, torpeur, détachement
- Réactions traumatiques semblables à celles des femmes (souvenirs visuels envahissants, symptômes somatiques)
- Répercussions sur les relations personnelles et aptitude à vivre l'intimité
- Niveau de détresse générale élevé
- Dépasser ses moyens personnels et assimiler le contenu traumatique de la cliente
- Difficultés à maintenir des limites professionnelles avec la femme

Mesures que les organismes peuvent prendre pour réduire le risque de traumatisme indirect

Le milieu organisationnel peut jouer un rôle important dans la réduction ou l'augmentation des risques et des répercussions de traumatisme direct.

Les organismes peuvent prendre d'importantes mesures pour réduire le risque, en reconnaissant les répercussions potentielles entraînées par le travail des membres du personnel auprès de personnes ayant vécu des traumatismes, particulièrement si les membres du personnel ont eux-mêmes vécu des traumatismes. Chaque organisme peut soutenir le bien-être des membres de son personnel, en créant un environnement qui leur offre les ressources appropriées.

« Je sais que si j'ai une journée particulièrement difficile, je peux le dire. Je ne peux pas donner tous les détails horribles, mais je sais que si je me présente au bureau en disant que j'ai besoin de prendre une pause, il n'y aura pas de problème et on m'encouragera. »

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances –
Ontario 2012

Au niveau le plus fondamental, cela signifie que l'organisme reconnaît :

- que le traumatisme indirect est une réaction normale à une situation anormale;
- qu'il faut que chaque membre du personnel et tout le personnel dans son ensemble offrent un soutien positif constant.

On ne peut s'attendre à ce que le personnel clinique et des programmes fonctionne bien et offre de services efficaces que si la direction de leur organisme lui donne le soutien approprié.

Ce soutien doit comprendre et reconnaître la valeur du rôle du personnel, ainsi que les aspects stressants de son travail. En plus de faire montre d'appréciation envers le travail des conseillers et des conseillères, il est important de reconnaître la valeur des autres membres du personnel. ²¹

Les organismes qui refusent d'accepter la gravité et l'omniprésence des expériences traumatiques chez les femmes qu'ils desservent augmentent le risque et les répercussions des traumatismes indirects en ne fournissant pas le soutien dont le personnel a besoin. ²²

Ces organismes peuvent aussi en subir les conséquences, notamment des congés de maladie répétés ou prolongés et des démissions, ce qui nécessite un processus de recrutement et de formation coûteux et exigeant du temps.

« Nous savons que nous avons du soutien comme travailleurs et travailleuses, du soutien émotionnel. Et qu'on ne nous tient pas pour acquis. On nous apprécie. »

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances

Voici des exemples de stratégies spécifiques qu'un organisme peut et devrait utiliser pour soutenir le personnel clinique et des programmes : ²³

- Transmettre au personnel une vision qui fait ressortir la valeur de son travail
- Durant les entrevues de recrutement, demander aux candidats et candidates de parler de leur expérience et de leurs stratégies pour prendre soin d'eux-mêmes (autogestion de la santé)

- Fournir de la formation constante pour augmenter les connaissances et l'expertise pertinents, dont de la formation sur les risques potentiels et les répercussions des traumatismes indirects
- Faire de la sensibilisation sur l'importance de l'autogestion de la santé et offrir du soutien social au sein de l'organisme, de même que d'autres ressources pour appuyer l'autogestion de la santé
- Offrir une supervision constante dispensée par une personne chargée de la formation clinique qui a des connaissances et des compétences dans les domaines des traumatismes et de la consommation de substances
- Offrir des ressources et établir des politiques qui permettent au personnel d'avoir de la supervision et de participer à des sessions de compte rendu (officielles ou informelles)
- Si le personnel ne comprend pas de personne chargée de la supervision clinique dotée des compétences adéquates, payer au personnel des services de supervision clinique à l'extérieur de l'organisme
- Soutenir les efforts des membres du personnel pour conserver un niveau gérable de charge de travail et pour maintenir les limites de leur rôle
- Limiter le nombre d'heures excessif, encourager les temps libres à l'extérieur du travail pour des vacances et des congés payés, et veiller à ce que les membres du personnel s'absentent du travail s'ils ne se sentent pas bien
- Encourager le personnel à partager des idées et les intégrer, s'il y a lieu
- Instaurer une culture organisationnelle encourageante et un esprit d'équipe qui comprend les membres de la direction, le personnel qui assume les services de première ligne et les autres membres du personnel
- Prévoir du temps à l'horaire de travail pour que les membres du personnel de première ligne puissent échanger et se soutenir; organiser des sessions d'entraide entre pairs à l'interne, s'il y a lieu
- Veiller à ce que les politiques de l'organisme assurent la sécurité du personnel

Pour consulter des lignes directrices sur les pratiques organisationnelles tenant compte des traumatismes, voir le **chapitre 9**.

Mesures que le personnel peut prendre pour réduire le risque de traumatisme indirect

Les conseillers et conseillères doivent trouver un juste équilibre entre la relation d'aide et l'autogestion de leur santé.

Pour parvenir à ce juste équilibre, il leur est essentiel de reconnaître les répercussions de leur travail, d'avoir un bon plan d'autogestion de la santé; d'avoir établi des liens solides avec leur spiritualité, leur famille, leurs amis et leurs collègues dans la communauté; et d'évoluer dans une culture organisationnelle encourageante. ²⁴

Le modèle CÉR

Pearlman et Saakvitne suggèrent de suivre le modèle CÉR comme aide-mémoire pour établir leurs stratégies d'autogestion de la santé : ²⁵

Conscience — Avoir conscience de ses besoins, de ses limites, de ses émotions et de ses ressources

Équilibre — Concilier les multiples aspects du soi et de ses activités

Rapport — Envers soi, les autres et une entité plus grande

Voici des mesures que le personnel peut prendre pour augmenter l'autogestion de la santé :

- Établir des limites claires – La recherche indique que les conseillers et les conseillères qui établissent et maintiennent des limites sécuritaires font montre des niveaux d'usure de compassion les plus bas.
- Maintenir une charge de travail gérable. ²⁶
- Ne pas travailler dans l'isolement, dans la mesure du possible – Faire partie d'une équipe de traitement peut être un moyen tout naturel d'obtenir du soutien et de réduire le stress.
- Établir un réseau de soutien et l'utiliser – Le fait d'échanger des expériences avec des collègues peut donner à un conseiller ou à une conseillère un soutien et une perspective indispensables.
- Obtenir du soutien et des conseils au moyen d'une supervision clinique régulière.

- Planifier du temps pour des activités d'autogestion de la santé comme des pauses, des services de soutien ou des occasions de faire des comptes rendus.
- Consacrer avec délibération du temps pour se reposer et se détendre dans sa vie personnelle, maintenir une séparation marquée entre les horaires personnels et professionnels le plus possible et prendre des vacances régulièrement. ²⁷

Dans les points énumérés ci-dessous, Meichenbaum fait ressortir l'importance des stratégies pour contrer les répercussions du traumatisme indirect : ²⁸

- Reconnaissez que vous n'êtes pas la seule personne à subir un traumatisme indirect et du stress professionnel.
- Validez et normalisez vos réactions.
- Soyez à l'écoute des « récits » que vous vous racontez à vous-même et que vous racontez aux autres.
- Établissez des attentes réalistes à votre égard et à l'égard de vos clients et clientes. Reconnaissez vos limitations et le fait que les thérapeutes font et feront des erreurs.
- Gardez à l'esprit que vous ne pouvez pas assumer la responsabilité de la guérison d'une femme, mais que vous pouvez faire office de « sage-femme » dans son cheminement vers la guérison. N'oubliez pas qu'il existe des problèmes (comme la douleur traumatique) que vous ne pouvez régler.

Questions suscitant la réflexion personnelle

Kohlenberg ²⁹ lance au personnel clinique le défi de se poser les questions suivantes :

- Quels sont mes problèmes personnels et quel rôle jouent-ils dans mon travail thérapeutique?
- Comment puis-je trouver l'équilibre entre un souci trop élevé et un souci trop faible à l'égard de ma clientèle?
- Comment puis-je faire face à une situation lorsque les intérêts supérieurs de la femme sont incompatibles avec les miens?
- Comment puis-je continuer à m'épanouir comme thérapeute et comme personne tout en travaillant avec les femmes?

Autres questions suscitant la réflexion personnelle

Meichenbaum suggère des questions que le personnel peut utiliser pour faire l'autoévaluation d'un traumatisme indirect, notamment : ³⁰

- Comment vont les choses, pour moi?
- De quoi ai-je besoin?
- Qu'est-ce que j'aimerais changer?
- Quel est l'aspect le plus difficile de ce travail?
- Qu'est-ce qui m'inquiète le plus au sujet de mon travail?
- En quoi ai-je changé depuis que j'ai commencé ce travail? Quels sont les changements personnels que je n'aime pas, s'il y a lieu?
- Est-ce que je montre des signes de traumatisme indirect?
- Qu'est-ce que je fais et qu'est-ce que j'ai fait pour éviter ou traiter un traumatisme indirect?
- Quel est mon sentiment personnel d'accomplir quelque chose au travail? Quels sont les obstacles professionnels qui m'empêchent d'éprouver plus de satisfaction? Comment puis-je surmonter ces obstacles?
- Que vais-je faire pour prendre soin de moi-même?
- Comment puis-je assurer mon bien-être personnel tout en travaillant auprès de femmes qui ont vécu des traumatismes?
- Comment puis-je utiliser mon soutien social avec plus d'efficacité?
- Y a-t-il quoi que ce soit dans mon expérience de travail ou d'autres événements stressants de ma vie dont je n'ai parlé à personne parce que c'est « indescriptible »?
- Quel prix émotionnel permanent (répercussion, bilan) possible me faudra-t-il payer parce que je n'ai ni partagé ni traité ces sentiments?
- En quoi parler de ces sentiments m'aiderait-il?

La recherche montre que la ressource qui exerce le plus d'influence est un groupe de pairs avec qui on peut parler de son travail avec des personnes ayant vécu des traumatismes. ³¹

La supervision clinique, les réunions d'équipe et la possibilité de faire des comptes rendus sont tout autant d'outils judicieux pour aider les conseillers et les conseillères à se ressourcer.

« Nos clientes nous changent à tout jamais; pour les honorer et nous honorer nous-mêmes, nous nous devons de prendre soin de nous. » ³²

Notes de fin de chapitre

Pour la référence complète, voir l'annexe B

- 1 Herman, 1992
- 2 Ibid.
- 3 Miller, Jordan, Kaplan, Stiver, et Surrey, 1991
- 4 Saakvitne, Gamble, Pearlman et Lev, 2000, cités dans McEvoy et Ziegler, 2006
- 5 Herman, 1992
- 6 Miller et Stiver, 1997, cités dans Elliott, Bjelajac, Merkoff, Fallot, et Reed, 2005
- 7 Herman, 1992
- 8 Covington, 2002
- 9 Adapté de Fallot, 2008
- 10 Barrett, 2004, cités dans McEvoy et Ziegler, 2006
- 11 Saakvitne, Gamble, Pearlman et Lev, 2000, cités dans McEvoy et Ziegler, 2006
- 12 Herman, 1992
- 13 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2000
- 14 Ibid.
- 15 Ibid.
- 16 Les termes « traumatisme indirect », « traumatisme secondaire dû au stress » et « usure de compassion » sont souvent utilisés de manière interchangeable. Toutefois, leur définition présente des différences.
- 17 Bride, Hatcher et Humble, 2009
- 18 Pearlman et Saakvitne, 1995, cités dans Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2000
- 19 Ibid.
- 20 Meichenbaum, sans date
- 21 Rothrauff, Abraham, Bride et Roman, 2011
- 22 Bloom, 2003
- 23 Les stratégies présentées ont été tirées des travaux de plusieurs spécialistes, notamment Bride, Hatcher et Humble, 2009; Fahy, 2007; MacEwan, 2007; Bell, Kulkarni et Dalton, 2003
- 24 MacEwan, 2007
- 25 Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2000
- 26 Ibid.
- 27 Ibid.
- 28 Meichenbaum, sans date
- 29 Kohlenberg et coll., 2006
- 30 Meichenbaum, sans date
- 31 Sexton, 1999
- 32 Srdanovic, 2007

Chapitre 8

Soutenir les compétences du personnel

Objectif du chapitre 8

Décrire comment les organismes peuvent favoriser les compétences du personnel nécessaires pour adopter des pratiques tenant compte des traumatismes.

Compétences de base pour le personnel des services d'aide aux personnes consommatrices de substances

Le Réseau canadien des professionnels en toxicomanie et de domaines connexes (RCPTDC) a élaboré un cadre de compétences pour le personnel offrant des services d'aide aux personnes consommatrices de substances au Canada. Le cadre définit les « compétences » comme une étant des connaissances ou habiletés mesurables et spécifiques nécessaires pour exécuter efficacement une fonction ou un rôle particulier. Le cadre définit deux types de compétences :

Les compétences techniques

Les connaissances et habiletés de base spécifiques au domaine de la consommation de substances – le « quoi » d'un emploi, habituellement appris dans un milieu de formation ou au travail.

Les compétences comportementales

Les habiletés, les attitudes et les valeurs requises pour exécuter efficacement les tâches – le « comment » d'un emploi, habituellement appris et acquis par les expériences de vie.

Toutes les compétences déterminées dans le cadre du RCPTDC sont toutes nécessaires au personnel qui offre des services d'aide tenant compte des traumatismes vécus par les personnes consommatrices de substances. Pour de l'information détaillée sur le cadre du RCPTDC et le processus de consultations nationales ayant mené à son élaboration, voir le lien suivant : www.cnsaap.ca/Eng/DevelopingTheWorkforce/Competencies

Compétences requises pour les pratiques tenant compte des traumatismes

La Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) des États-Unis a déterminé des connaissances et des habiletés supplémentaires requises par le personnel de services de première ligne qui travaille dans un cadre de pratiques tenant compte des traumatismes. ¹ Voici les faits saillants de ces constatations :

Le personnel devrait avoir des connaissances sur ce qui suit :

- l'incidence et les répercussions de la violence et des mauvais traitements vécus par les femmes;
- la nature du traumatisme et ses répercussions sur le développement, le comportement, les stratégies d'adaptation, les relations et la capacité de prendre soin de soi des femmes;
- la nature des souvenirs et des éléments déclencheurs du traumatisme;
- les interrelations entre les traumatismes, la consommation de substances et les problèmes de santé mentale;
- la portée des réactions aux expériences de vie traumatisantes, y compris les stratégies d'adaptation qui peuvent imiter les « symptômes » de troubles de santé mentale;
- les principes et les éléments des pratiques tenant compte des traumatismes et comment ils diffèrent des services spécifiques aux traumatismes;
- comment les femmes ayant de « l'expérience vécue » peuvent contribuer à une meilleure compréhension des processus, services et systèmes tenant compte des traumatismes;
- les services spécialisés qui peuvent être disponibles (p. ex., pour les services spécifiques aux traumatismes, les problèmes de santé mentale, la violence conjugale, les réfugiées et les victimes de torture, ainsi que d'autres problèmes).

Le personnel devrait avoir les habiletés nécessaires pour faire ce qui suit :

- utiliser les pratiques tenant compte des traumatismes dans son rôle de prestation de services de première ligne;
- réagir avec sensibilité et compétence culturelle aux femmes d'âges, de race, de classe, de croyances, d'habiletés et d'orientations sexuelles variées;
- aider les femmes à comprendre les liens entre les expériences traumatisantes et le développement d'une consommation de substance problématique et de problèmes de santé mentale;
- reconnaître les comportements reliés aux traumatismes et y réagir correctement;
- promouvoir la sécurité et aider les femmes à élaborer et à mettre en œuvre des plans de sécurité;
- créer un environnement sécuritaire de prestation de services qui favorise l'établissement de relations, le renforcement du pouvoir d'agir et la réciprocité, et y contribuer;
- reconnaître les comportements potentiels (p. ex., gestes, ton de la voix) et les situations (p. ex., tests antidrogues, confrontation agressive) qui peuvent déclencher un traumatisme ou retraumatiser les femmes;
- déterminer sa capacité à offrir des services à des femmes qui ont vécu des traumatismes – cela comprend avoir les habiletés pour savoir quand « ne pas nuire » en aiguillant des femmes à des cliniciens et cliniciennes ou à des prestataires de services possédant des habiletés et de la formation plus poussées;
- aider les femmes à établir des relations avec des services spécifiques aux traumatismes ou à d'autres services spécialisés, au besoin.

Le personnel de l'Ontario expérimenté en services d'aide aux personnes consommatrices de substances a peut-être déjà certaines ou toutes les habiletés et connaissances déterminées par la SAMHSA. Toutefois, plusieurs membres du personnel nécessiteront de l'éducation supplémentaire pour favoriser le développement de compétences complètes. Dans certains cas, l'application d'une nouvelle « optique tenant compte des traumatismes » peut nécessiter une nouvelle façon de penser. Par exemple, la formation théorique

et clinique de certains membres du personnel peut nuire à leur aptitude à repérer l'influence réciproque entre le traumatisme et la consommation de substances problématique.

Certaines formations et approches cliniques ont appris aux membres du personnel à croire que le problème de consommation de substances doit « l'emporter » sur la reconnaissance des traumatismes. Cela peut leur faire ignorer ou minimiser les répercussions des traumatismes.

Compétences pour soutenir les services inclusifs

En plus des compétences liées aux traumatismes déterminées par la SAMHSA, le personnel devrait avoir de solides connaissances sur les approches antioppressives et une compétence culturelle.² Certains des repères de ces approches comprennent ce qui est énuméré ci-dessous.³

Connaissances et habiletés

- Le personnel comprend que la culture est un domaine complexe et à plusieurs facettes. Les femmes peuvent être touchées par une gamme d'influences culturelles qui se recoupent.
- Le personnel est au courant des systèmes politique, social et institutionnel qui marginalisent les femmes ainsi que des obstacles qui peuvent empêcher les femmes d'accéder aux services et aux soutiens nécessaires, surtout celle qui ne font pas partie de groupes culturels « du courant dominant. »
- Le personnel comprend comment les valeurs et les suppositions sur les pratiques et les théories du counseling peuvent contribuer à la marginalisation et à l'oppression.
- Le personnel est au courant des autres méthodes de services d'aide qui peuvent être plus efficaces lors du travail avec des femmes qui ne font pas partie de groupes culturels « du courant dominant. »
- Le personnel est capable de modifier et d'adapter ses communications conventionnelles (verbales et non verbales) et ses méthodes de counseling pour tenir compte de la diversité culturelle.

Connaissance de soi et attitudes

- Le personnel est au courant de ses propres valeurs, croyances, attitudes, sentiments et préjugés et de la façon dont ces éléments peuvent nuire au travail clinique ou de services de première ligne.
- Le personnel fait preuve de respect réel et d'intérêt envers la diversité culturelle des femmes avec lesquelles il travaille.
- Le personnel connaît ses limites. Il cherchera à être supervisé, à pouvoir consulter et à être formé, pour approfondir ses connaissances sur les diverses cultures et pour augmenter ses capacités à travailler avec des femmes provenant de cultures différentes de la sienne.
- Le personnel n'hésite pas à aiguiller une femme vers des ressources supplémentaires ou d'autres ressources, s'il y a lieu.

Former un personnel qui tient compte des traumatismes

Les organismes devraient s'assurer que les connaissances et habiletés requises sont reflétées dans les descriptions de tâches et les stratégies de recrutement, et sont soutenues par de la formation et une supervision clinique.⁴

« Les stratégies organisationnelles pour promouvoir une approche tenant compte des traumatismes doivent également comprendre des changements dans nos pratiques d'embauche. Nous avons commencé la présélection des CV et formulé les questions d'entrevue pour explorer les attitudes des candidats et candidates envers [les femmes qui ont vécu des traumatismes] et leur expérience de travail auprès de ces femmes. »⁵

Exemple de cas – Perfectionnement du personnel du Centre Iris de rétablissement pour femmes toxicomanes⁶

Le Centre Iris a entrepris les étapes suivantes pour perfectionner son personnel en matière de compétences nécessaires pour offrir des services tenant compte des traumatismes :

- Offre d'éducation et de formation.
- Le processus d'entrevue comporte des questions sur la sensibilisation aux traumatismes et aux stratégies pour prendre soin de soi.
- La supervision clinique est dispensée par une personne chargée de la formation clinique qui est bien informée et qualifiée.
- Un chercheur externe ou une chercheuse externe avec une solide expérience dans le domaine des traumatismes et des traumatismes indirects, « consulte » périodiquement le personnel pour offrir du soutien et des suggestions.
- On encourage le personnel à faire des comptes rendus, de façon informelle ainsi que formelle.
- Les idées sur les façons dont le personnel peut maintenir son équilibre et son mieux-être sont recueillies, partagées et approfondies.
- Des aménagements (comme une salle du personnel) ont été apportés à très peu de frais et ont eu une incidence positive.

Éducation et formation pour soutenir les compétences du personnel

L'ensemble du personnel contribue à l'atmosphère générale de sécurité et de confort que ressent une femme quand elle accède aux services.

Que ce soit à la réception, dans les bureaux de la finance ou lors de l'entretien ménager de l'espace physique, l'ensemble du personnel peut interagir avec les femmes qui sont à la recherche de services ou qui en reçoivent. Des interactions simples et ordinaires peuvent avoir un impact important : une salutation ou un ton de voix, un sourire ou un froncement de sourcils, un regard.

Puisque le comportement de tout le personnel peut avoir un impact sur les femmes, tous les membres du personnel devraient recevoir une éducation et de la formation leur permettant de réagir correctement.

La formation aidera à générer une compréhension au sein de tout l'organisme et un respect des mécanismes d'adaptation et des forces des femmes qui ont vécu des traumatismes. Cela aidera également à sensibiliser le personnel aux dynamiques liées aux traumatismes, ainsi qu'à déterminer et à réduire les éléments déclencheurs de traumatismes dans l'environnement de services.

« L'ensemble du personnel doit tenir compte des traumatismes, pas seulement les conseillers et des conseillères. Ça peut être aussi simple que laisser savoir aux femmes quand des sons bruyants vont se produire, comme un exercice d'incendie. »

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances

Pour une mise en œuvre efficace des pratiques tenant compte des traumatismes, il faut tenir de trois éléments fondamentaux dans le perfectionnement de personnel : les valeurs et les attitudes du personnel, les connaissances et les habiletés.

Nous avons beaucoup parlé des valeurs et attitudes du personnel dans ces lignes directrices. Les connais-

sances sont souvent acquises au moyen d'études et de formation ou par des sessions d'information structurées (en personne ou en ligne).

« La formation sur les traumatismes à l'intention des fournisseurs et fournisseuses de services ne travaillant pas avec des personnes ayant vécu des traumatismes a été la première et la plus importante étape pour faire en sorte que les services tiennent davantage compte des traumatismes. »

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances

Les connaissances sont également acquises à partir d'échanges avec d'autres membres du personnel (dans des réunions d'équipes et des sessions de compte rendu ou dans des sessions de soutien mutuel) et des lectures. Le perfectionnement des habiletés peut prendre plusieurs formes, par exemple de la formation, de la pratique, de la supervision et du mentorat.

Apprendre à tenir compte des traumatismes est un processus et non un événement unique.

Dans un organisme, les programmes, et le personnel qui les offre, peuvent se trouver à différentes étapes de réceptivité aux changements. Les nouvelles pratiques exigent du temps pour être entièrement comprises et intégrées. Le nouveau personnel a besoin d'orientation et de formation. Par conséquent, l'éducation et la formation continues sont nécessaires pour renforcer l'apprentissage, ainsi que pour offrir des connaissances et des habiletés à tout le personnel.

Les femmes ayant de « vécu des expériences » de traumatismes et de consommation de substances devraient être incluses pour favoriser le développement de connaissances et d'habiletés du personnel. Elles peuvent contribuer ou aider avec l'orientation du personnel, la formation et l'élaboration et la prestation de programmes. Les commentaires des femmes (clientes et personnel) ayant de « l'expéri-

ence vécue » devraient faire partie de toute formation du personnel en matière d'enjeux sur les traumatismes. ⁷

La formation de base à l'échelle de l'organisme pour l'ensemble du personnel devrait aborder :

- la nature et les répercussions des traumatismes;
- la prévalence des expériences de traumatismes chez les femmes consommatrices de substances;
- les interrelations entre les traumatismes et la consommation de substances.

L'ensemble du personnel devrait avoir des connaissances sur la façon de réduire les risques de retraumatisation.

La formation de base devrait fournir de l'information sur les éléments potentiellement déclencheurs de traumatismes dans les pratiques organisationnelles et cliniques, et comment le personnel peut le mieux réagir quand des éléments déclencheurs se présentent.

Le personnel de services de première ligne aura besoin d'éducation et de formation supplémentaires.

Le personnel clinique et du programme ont besoin d'avoir la possibilité d'acquérir des connaissances approfondies sur les pratiques cliniques qui tiennent compte des traumatismes, et sur des habiletés nécessaires pour intégrer ces pratiques lors de la prestation de programmes et de services. ⁸

La formation et l'éducation devraient être offertes dans des sessions interorganisationnelles et interdisciplinaires, quand cela est possible. ⁹

La formation polyvalente peut avoir plusieurs avantages importants. En réunissant le personnel de différents organismes ou différentes disciplines, on peut soutenir les partenariats et des aiguillages, ainsi que produire des approches plus efficaces envers les services. Quand les membres du personnel apprennent ensemble et les uns des autres, cela leur donne la possibilité de réseauter, d'en apprendre plus sur les programmes et les services des autres, de comprendre les différents rôles professionnels, les différentes approches et philosophies, et créer un fondement pour la collaboration entre les services et les secteurs.

Infrastructure clinique pour soutenir les compétences

L'éducation et la formation sont essentielles, mais ne suffisent pas en soi à soutenir des pratiques tenant compte des traumatismes. Les programmes qui ont mis en œuvre de telles pratiques ont fait ressortir que la supervision clinique compétente est extrêmement importante. ¹⁰

En plus de fournir un soutien essentiel au rendement efficace dans l'accomplissement des responsabilités et des rôles professionnels, une supervision clinique aidera le personnel à perfectionner ses compétences.

LIGNES DIRECTRICES POUR LE PERFECTIONNEMENT DU PERSONNEL ¹¹

LIGNE DIRECTRICE N° 27

L'organisme s'assure a) que les descriptions de tâches reflètent les compétences des pratiques tenant compte des traumatismes, conformément aux rôles professionnels et b) de communiquer clairement ces exigences.

Indicateurs suggérés

- Les descriptions de tâches indiquent clairement les exigences en matière d'éducation, de connaissances et d'expertise pour les pratiques tenant compte des traumatismes. Chaque membre du personnel possède une copie de sa description de tâches.
- Le rendement est régulièrement surveillé et évalué, pour vérifier si les exigences ont été remplies.
- L'organisme soutient le nouveau personnel et le personnel existant pour ce qui est d'obtenir l'éducation et la formation nécessaires pour acquérir et maintenir les compétences requises.
- L'organisme communique clairement ses attentes sur la participation du personnel à de séances d'éducation et de formation.

LIGNE DIRECTRICE N° 28

Les politiques et les pratiques de l'organisme soutiennent le recrutement et l'embauche de personnel ayant des compétences en matière de pratiques tenant compte des traumatismes.

Indicateur suggéré

- Les processus et procédures de recrutement, les questions d'entrevue, l'échelle de classement et les exigences du poste tiennent compte des connaissances et des habiletés en matière de pratiques tenant compte des traumatismes à titre d'exigences clés de l'emploi.

LIGNES DIRECTRICES POUR L'ÉDUCATION ET LA FORMATION DU PERSONNEL

LIGNE DIRECTRICE N° 29

L'organisme offre de l'éducation et une formation de base sur les traumatismes à l'ensemble du personnel, et sur la façon dont les pratiques tenant compte des traumatismes seront utilisées dans son travail.

Indicateurs suggérés

- L'organisme offre de l'éducation et de la formation pour veiller à ce que l'ensemble du personnel possède les connaissances de base sur les traumatismes et sur leurs répercussions, y compris les interrelations entre les traumatismes et la consommation de substances.
- L'éducation et la formation de base permettent à l'ensemble du personnel de comprendre l'importance de la sécurité et de la confiance au sein de l'environnement organisationnel (p. ex., les éléments déclencheurs, les réactions traumatiques, les limites, la confidentialité, le harcèlement sexuel).

LIGNE DIRECTRICE N° 30

L'organisme offre une formation approfondie sur les traumatismes au personnel de services de première ligne, et sur la façon dont les pratiques tenant compte des traumatismes seront utilisées dans son travail.

Indicateurs suggérés

- L'organisme offre une formation approfondie qui permet au personnel de services de première ligne (cliniciens et cliniciennes, et personnel des programmes) de bien comprendre la façon dont les pratiques tenant compte des traumatismes devraient être utilisées lors de l'élaboration de nouveaux programmes et services et les modifications à apporter aux services déjà en place.
- Le personnel de services de première ligne reçoit de la formation qui lui permet de déterminer les réactions traumatiques et d'aider les femmes à les gérer, y compris les habiletés et techniques nécessaires.

LIGNE DIRECTRICE N° 31

L'organisme offre de l'éducation et de la formation continues à l'ensemble du personnel en matière de pratiques tenant compte des traumatismes, selon ce qui est approprié à ses rôles et responsabilités.

Indicateurs suggérés

- L'organisme offre de l'éducation et de la formation pour enrichir l'apprentissage et augmenter la portée et la profondeur des connaissances et des habiletés du personnel.
- L'éducation et la formation appropriées sont offertes au nouveau personnel.
- L'organisme évalue l'efficacité de l'éducation et de la formation offertes annuellement. Dans le cadre de cette évaluation, il demande des rétroactions au personnel et aux femmes ayant de « l'expérience vécue ».
- L'organisme planifie l'éducation et la formation ultérieures selon les résultats de l'évaluation, et demande des rétroactions sur ces plans au personnel et aux femmes ayant de « l'expérience vécue ».

LIGNE DIRECTRICE N° 32

L'organisme crée des partenariats avec d'autres fournisseurs et fournisseuses de services et intervenants et intervenantes communautaires, pour offrir des sessions partagées de formation en matière de pratiques tenant compte des traumatismes au personnel de divers organismes et de diverses disciplines.

Indicateurs suggérés

- Les partenaires offrent des possibilités de formation interorganismes ou déterminent les formations à offrir.
- Les organismes participent aux tables de réseautage et de planification dans leur communauté locale, et recherchent des possibilités d'éducation et de formation communes en matière d'initiatives tenant compte des traumatismes au sein de ces groupes.
- Les organismes travaillent avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé pour déterminer les besoins et les possibilités en matière de formation et d'éducation à l'échelle du système.

LIGNES DIRECTRICES POUR ÉDIFIER UNE INFRASTRUCTURE CLINIQUE

LIGNE DIRECTRICE N° 33

L'organisme s'assure que l'ensemble du personnel de services de première ligne obtient une supervision clinique, confidentielle et régulière de la part d'une personne compétente et qualifiée en supervision clinique.

Indicateurs suggérés

- Une personne compétente et qualifiée en supervision clinique (c.-à-d., qui a des connaissances approfondies sur les traumatismes, la consommation de substances et les interrelations entre ces derniers et qui est qualifiée pour dispenser des services liés aux traumatismes et faire de la supervision clinique) est employée par l'organisme, à temps plein, à temps partiel ou à contrat.
- Des sessions régulières de supervision clinique et de consultation sont offertes à l'ensemble du personnel de services de première ligne. Des sessions de supervision hebdomadaires sont recommandées. Au minimum, les sessions devraient avoir lieu tous les deux mois et la consultation devrait être accordée sur demande.
- La supervision clinique se déroule dans des sessions distinctes de celles qui portent sur la supervision administrative (même si les deux sont offertes par la même personne).
- La supervision clinique est confidentielle. Elle représente un espace sécuritaire où le personnel peut discuter des problèmes et des préoccupations.
- La supervision clinique aide le personnel de services de première ligne à traiter des questions comme le transfert des sentiments, le contre-transfert, l'épuisement professionnel et les traumatismes indirects.

LIGNE DIRECTRICE N° 34

L'organisme donne et soutient les possibilités, pour le personnel, de travailler en équipes et de se soutenir mutuellement lors de réunions d'équipe et de sessions ad hoc, au besoin.

Indicateurs suggérés

- L'organisme offre une structure au sein de laquelle des réunions d'équipe ont régulièrement lieu et donnent au personnel un forum pour obtenir de l'aide et des suggestions, pour échanger sur de l'information et des connaissances nouvellement acquises et pour perfectionner les habiletés.
- L'organisme s'assure que le personnel est capable de se libérer, au besoin, pour faire des comptes rendus, chercher de l'aide ou des suggestions de la part du reste du personnel ou pour reprendre de l'énergie.
- Le personnel qui travaille seul ou en isolement (p. ex., travail par quarts, bureaux en région ou bureaux satellites) a des ressources auxquelles il peut accéder pour obtenir du soutien pratique ou affectif ou une consultation professionnelle, au besoin.
- L'organisme offre un milieu sécuritaire et une atmosphère positive permettant au personnel de discuter des incertitudes ou des erreurs et les utiliser pour enrichir son apprentissage.
- L'organisme encourage et facilite une culture d'ouverture. Le personnel se rallie au changement et ne se sent pas menacé par les nouvelles pratiques ou connaissances. Les membres de la direction de l'organisme sont des modèles par rapport à cette attitude et à ce comportement.
- L'organisme encourage le personnel à prendre connaissance des rétroactions des femmes, y compris les commentaires critiques ou négatifs, sans se sentir menacé.

Notes de fin de chapitre

Pour la référence complète, voir l'annexe B

¹ Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2011

² Le concept de la « culture » utilisé dans ce document est défini de façon à inclure un grand nombre d'éléments, dont l'âge, la langue, l'identité ethnoculturelle et raciale, le statut d'immigrant ou immigrante, le statut de réfugié ou de réfugiée, l'orientation sexuelle, des défis sur le plan de la capacité, une faible alphabétisation, l'itinérance ou l'insécurité en matière de logement, la vie dans la rue, la pauvreté et un contexte d'isolement.

³ BC Association of Specialized Victim Assistance & Counselling Programs, 2007

⁴ Jennings, 2008

⁵ Bloomenfeld et Rasmussen, 2011, dans Poole & Greaves, 2012

⁶ Entrevue avec Kathryn Irwin-Seguin, directrice générale du Centre Iris de rétablissement pour femmes toxicomanes

⁷ Jennings, 2008

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

¹¹ Les lignes directrices ont été adaptées de Fallot et Harris, 2009.

Chapitre 9

Les pratiques organisationnelles tenant compte des traumatismes

Objectif du chapitre 9

Décrire comment la culture, les politiques et les procédures organisationnelles sont transformées par les pratiques tenant compte des traumatismes.

« [Dans un environnement tenant compte des traumatismes], les femmes qui ont accès aux services sont perçues différemment, le personnel réagit différemment et les services quotidiens sont offerts différemment. Sans un tel changement de culture dans un système de services ou un organisme, même les approches de traitement les plus “fondées sur des données probantes” peuvent être compromises. » ¹

Comment les pratiques tenant compte des traumatismes changent-elles la culture organisationnelle?

Les pratiques tenant compte des traumatismes ne se limitent pas aux domaines des pratiques cliniques ou des services.

L'environnement organisationnel dans lequel les services sont offerts doit se servir et être formé par une compréhension des traumatismes et de leurs répercussions. Pour plusieurs organismes, cela peut exiger un « changement de culture » important.

La culture d'un organisme reflète ce qu'il considère important, comment il comprend son personnel et les femmes auxquelles il offre des services, et comment il met cette compréhension en pratique.

Les principes de base des pratiques tenant compte des traumatismes doivent faire partie des valeurs de base de l'organisme, et ils devraient être reflétés dans

chaque relation avec les femmes et au sein de son personnel, dans l'espace physique et dans la structure, la culture et les pratiques de l'organisme. ²

Soutien organisationnel pour les pratiques tenant compte des traumatismes

Changer la façon dont les organismes réagissent aux femmes ayant vécu des traumatismes exige du temps, du travail et de l'engagement.

Les études de programmes ayant mis en œuvre des pratiques tenant compte des traumatismes ont révélé que les changements au niveau organisationnel précèdent souvent et appuient les changements apportés au niveau des services. Toutefois, les changements peuvent également se produire en cycles qui comprennent l'évolution des pratiques organisationnelles et cliniques : ³

« Quand nous avons formé notre personnel sur les répercussions que peuvent avoir les traumatismes sur la vie des femmes, nos services ont commencé à tenir compte des traumatismes, passant à l'optique de “que lui est-il arrivé”, au lieu de travailler avec elle à essayer de changer son comportement. »

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances

Il est important de rallier tout le personnel de l'organisme.

Les spécialistes suggèrent qu'il est utile, pour un organisme, d'entreprendre un processus de changement qui commence par de l'éducation. Un engagement clair doit être défini et modelé par la haute direction de l'organisme. Durant le processus, cet engagement doit être maintenu et renforcé par du leadership, du soutien et des possibilités permanentes de formation et d'éducation.

Miser sur une fondation solide

Les organismes qui ont mis en œuvre des pratiques tenant compte des traumatismes devraient déjà utiliser les pratiques adaptées aux femmes que l'on retrouve dans *Best Practices in Action: Guidelines and Criteria for Women's Substance Abuse Treatment Services*. Publié par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en 2005, ce document présente des renseignements sur :

- la politique et le contexte des pratiques tenant compte des données dans les services offerts aux femmes consommatrices de substances;
- les modèles de consommation de substances des femmes et les problèmes contextuels, reliés ou concomitants;
- les lignes directrices sur les approches adaptées aux femmes pour :
 - les politiques et la structure opérationnelles;
 - aplanir les obstacles nuisant à l'accès aux services;
 - la planification des traitements;
 - les pratiques cliniques;
 - les stratégies adaptées aux populations;
- la surveillance/l'évaluation du progrès.

Les organismes peuvent trouver des renseignements supplémentaires sur les pratiques adaptées aux femmes dans *Meilleures pratiques - Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues* (publié par Santé Canada en 2001).

Leçons tirées d'autres services tenant compte des traumatismes

Jennings⁴, Moses⁵, et Fallot et Harris⁶, entre autres, ont déterminé des étapes essentielles prises par les organismes qui ont mis en œuvre des pratiques tenant compte des traumatismes :

Comprendre que les traumatismes sont le problème fondamental

- Les traumatismes doivent être compris comme étant un problème fondamental. Ils ne peuvent être perçus comme des « ajouts » à la

consommation de substances et aux problèmes de santé mentale des femmes.

Tout l'organisme prend un engagement envers les pratiques tenant compte des traumatismes

- L'énergie nécessaire pour changer exige du leadership, des directives et des mesures de la haute direction. Pour garantir que les pratiques tenant compte des traumatismes fassent partie du système, l'organisme doit avoir un énoncé officiel à ce sujet, figurant dans la philosophie des programmes, ainsi que dans les objectifs de l'organisme. La priorité doit être accordée au soutien, à l'éducation et à la formation du personnel.

Apprendre des femmes ayant de « l'expérience vécue »

- L'engagement actif des femmes ayant de « l'expérience vécue » fait partie intégrante des pratiques tenant compte des traumatismes. Ces femmes peuvent transmettre des perspectives uniques sur les pratiques des services qui sont utiles ou nuisibles. Que ce soit à titre de bénévoles ou de membres de comités, leurs rétroactions peuvent vous aider à garantir que la planification et la prestation de services, ainsi que l'élaboration de politiques et l'évaluation, tiennent compte des traumatismes.

Formation

- Il est essentiel que la formation soit offerte à tout le personnel, y compris le personnel de services de première ligne, le personnel administratif et de gestion, les membres du conseil d'administration et les autres bénévoles. Le personnel qui n'offre pas de services de première ligne a besoin d'avoir, au minimum, des connaissances de base sur les traumatismes, leurs répercussions et les interventions. Le personnel de services de première ligne a besoin de formation approfondie pour posséder les connaissances et les habiletés.

Perfectionner les compétences du personnel

- Une main-d'œuvre qui tient compte des traumatismes doit être constituée, en adoptant des pratiques d'embauche et en offrant de l'orientation, de la formation et du soutien au personnel.

Les descriptions de tâches doivent refléter les compétences et les normes de rendement appropriées.

Supervision clinique et consultation

- Pour que le personnel arrive à reconnaître les nombreuses façons dont les traumatismes peuvent se manifester et à intégrer les interventions appropriées, le personnel peut avoir besoin de temps, de formation et de soutien. Le personnel de services de première ligne a besoin de soutien et de pouvoir consulter continuellement et régulièrement (chaque semaine ou aux deux semaines, individuellement ou en groupe), ainsi que d'être supervisé par une personne chargée de la formation clinique ayant une expertise sur les pratiques tenant compte des traumatismes. La supervision clinique joue un rôle essentiel : elle permet au personnel d'offrir des services avec efficacité et encourage les membres qui peuvent être à risque d'épuisement professionnel ou de traumatismes indirects à savoir s'autogérer sur le plan de la santé.

Évaluer l'état de la situation

- Les dirigeants d'organismes, le personnel et les femmes ayant de « l'expérience vécue » doivent travailler ensemble et effectuer un examen complet des politiques et procédures de l'organisme (ainsi que de la gamme de services), en utilisant une optique qui tient compte des traumatismes. Cet examen doit évaluer la façon dont les femmes qui ont vécu des traumatismes peuvent être influencées par leurs relations avec l'organisme. L'objectif est de garantir que les principes des pratiques tenant compte des traumatismes sont intégrés à chaque aspect des expériences des femmes avec l'organisme.

Leadership, « champions et championnes »

- Plusieurs organismes ont mis sur pied une équipe ou un groupe de travail pour mener la révision et déterminer les changements nécessaires. L'équipe devrait avoir une représentation du personnel de services de première ligne et administratif ou de soutien, du personnel de gestion ou de supervision, et des femmes ayant de « l'expérience vécue. » Dans certains organismes, les membres

du personnel ayant de l'expertise dans les pratiques tenant compte des traumatismes ont joué un rôle essentiel dans cette équipe, à titre de « champions et championnes des traumatismes », en fournissant les connaissances nécessaires.

Assurer la sécurité dans l'espace physique

- Puisque les femmes qui ont vécu des traumatismes se sentent souvent en danger, et peuvent l'être réellement, les pratiques tenant compte des traumatismes prennent les précautions pour assurer la sécurité physique (et émotive) des femmes dans l'environnement de services. L'organisme doit déterminer les éléments de l'espace physique qui peuvent créer des problèmes de sécurité ou qui peuvent déclencher des réactions traumatiques. Par exemple, des sentiments d'impuissance ou de terreur peuvent se déclarer dans des environnements restrictifs, encombrés, bruyants et chaotiques.

« Quand vous entrez dans un environnement tenant compte des traumatismes, vous le remarquez et le ressentez... Vous êtes accueillie et reçue. Vous voyez des personnes qui marchent calmement et avec un rythme régulier. On vous dit ce qui va se passer – quand et où. Les personnes prennent le temps de vous demander si vous avez des questions. Elles vous demandent ce qu'elles peuvent faire et elles vous écoutent. Vous avez le sentiment que vous avez le contrôle sur ce que vous dites. On ne vous pousse pas à donner de l'information. Avant de fermer une porte, on vous demande si on peut le faire. Et on ne ferme pas les lumières. On ne vous dit pas "fais-moi confiance, ça fait des années que je fais ça et je sais ce qui te convient le mieux". À la place, on te dit "la confiance se mérite et se développe au fil du temps". »

Fournisseur ou fournisseuse de services d'aide aux personnes consommatrices de substances

Utiliser les pratiques tenant compte des traumatismes avec le personnel

Le milieu de travail dans lequel les services sont offerts a de grandes répercussions sur les expériences des personnes qui accèdent aux services ainsi que sur le personnel qui les offre. Les pratiques tenant compte des traumatismes devraient être reflétées dans les relations d'un organisme avec son personnel et les politiques et procédures qui régissent le milieu de travail.

Exemple de cas – Transformer les services au Jean Tweed Centre

Les étapes prises pour mettre en œuvre les approches tenant compte des traumatismes sont décrites ci-dessous.

1^{re} étape – Dépister le problème

Le dépistage a déterminé que 80 % des femmes avaient vécu une expérience liée aux traumatismes. Par la suite, les problèmes ont été réglés par les mesures suivantes :

- l'éducation — du personnel et des organismes bailleurs de fonds;
- la rédaction de propositions — obtenir du financement pour une personne chargée de la formation clinique;
- l'évaluation de programmes — entraîne des changements dans les approches qui contribuent à l'instabilité et à la retraumatisation.

2^e étape – Adopter et utiliser des pratiques tenant compte des traumatismes

Une approche tenant compte des traumatismes pour l'admission a été mise en pratique et le personnel a augmenté ses connaissances sur les pratiques tenant compte des traumatismes.

3^e étape – Renforcement des capacités

Le personnel a reçu une formation approfondie sur la pratique de la pleine conscience et le modèle Seeking Safety. Des ateliers fondés sur ce modèle ont été offerts aux femmes et un conseiller ou une conseillère spécialiste des traumatismes offrant des services à temps plein de counseling individuel aux femmes et de consultation/formation au personnel.

4^e étape – Un soutien intégré continu

Les traumatismes et la consommation de substances sont intégrés durant l'élaboration de nouveaux programmes, en appliquant les mesures suivantes :

- l'éducation permanente du personnel;
- du soutien pour offrir une approche concomitante et graduelle qui combine les services tenant compte des traumatismes aux services spécifiques aux traumatismes
- de la supervision clinique et par les pairs qui renforce une pratique réflexive pour tout le personnel;
- l'évaluation — continuer d'écouter les expériences des femmes durant leur cheminement, tenir compte des connaissances cliniques acquises et incorporer les pratiques tenant compte des données.

LIGNES DIRECTRICES POUR LES PROCÉDURES ET POLITIQUES ORGANISATIONNELLES TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES

LIGNE DIRECTRICE N° 35

L'organisme intègre les connaissances et les habiletés sur les traumatismes à ses programmes et services, ainsi qu'à ses structures organisationnelles.

Indicateurs suggérés

- L'organisme reconnaît le caractère fondamental des traumatismes de manière officielle et explicite (p. ex., dans l'énoncé de mission, l'énoncé de vision, le plan stratégique et les objectifs).
- La haute direction transmet un engagement explicite envers les pratiques tenant compte des traumatismes dans tout l'organisme et en soutient la mise en œuvre.
- L'organisme a un processus de surveillance, d'évaluation et d'amélioration continues des pratiques tenant compte des traumatismes, y compris des examens réguliers où le personnel à tous les niveaux et des femmes ayant de « l'expérience vécue » font part de leurs commentaires. Des protocoles sont élaborés pour aborder les enjeux déterminés lors de ces examens.

LIGNE DIRECTRICE N° 36

Les politiques et les pratiques de l'organisme garantissent que les femmes ayant de « l'expérience vécue » font partie de l'élaboration et de l'évaluation des pratiques tenant compte des traumatismes.

Indicateurs suggérés

- Les femmes ayant de « l'expérience vécue » contribuent activement à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des pratiques tenant compte des traumatismes de l'organisme (p. ex., par des commentaires de la part d'un comité consultatif, de bénévoles et de membres du personnel ayant de « l'expérience vécue »), y compris des femmes qui peuvent aider à déterminer les obstacles nuisant à l'accès aux services.
- On demande régulièrement des rétroactions sur la qualité des pratiques tenant compte des traumatismes aux femmes ayant de « l'expérience vécue ». Ces rétroactions servent à éclairer les pratiques organisationnelles.

LIGNE DIRECTRICE N° 37

L'organisme comprend la diversité de la communauté qu'il dessert.

Indicateurs suggérés

- L'organisme établit des relations formelles et informelles avec des services adaptés aux cultures et aux groupes de la communauté, pour augmenter ses connaissances et sa compréhension de la communauté qu'il dessert.
- L'organisme revoit les données (p. ex., les données du recensement et de divers sondages, des rapports sur le système de soins de santé) pour s'assurer qu'il comprend bien sa communauté.

LIGNE DIRECTRICE N° 38

La prise de décision de l'organisme est fondée sur les divers points de vue au sein de l'organisme et à l'extérieur de l'organisme.⁷

Indicateurs suggérés

- L'organisme fait participer, de façon systématique et constante, les femmes, les membres de la famille et les membres communautaires, y compris les personnes qui peuvent parler des besoins de groupes culturels spécifiques, lors de l'élaboration de pratiques organisationnelles qui soutiennent la compétence culturelle.
- L'organisme a des processus réguliers (officiels et informels) pour recevoir des rétroactions des femmes, des membres de la famille et des membres communautaires sur l'environnement des services, les modalités, et la

compétence culturelle de son personnel.

- L'organisme a créé des liens avec des groupes communautaires et d'autres services communautaires qui peuvent accroître ses connaissances et son efficacité en matière d'offre de services à une gamme diverse de populations.

LIGNE DIRECTRICE N° 39

L'organisme crée un environnement émotif et physique sécuritaire pour les femmes et son personnel.

Indicateurs suggérés

- L'environnement physique est accessible et accueillant aux femmes ayant divers antécédents culturels (voir le **chapitre 5**).
- L'organisme détermine des méthodes pour évaluer la sécurité physique et émotive de l'environnement de services (voir le **chapitre 6**).
- L'organisme détermine s'il y a des éléments déclencheurs pouvant provoquer des réactions traumatiques (voir le **chapitre 4** et le **chapitre 6**).
- Les membres du personnel féminin sont entièrement disponibles pour travailler avec une femme à toutes les étapes de son engagement avec le service.
- Les politiques et procédures organisationnelles garantissent que des membres du personnel féminin sont en mesure de travailler avec les femmes dans des postes cliniques, de prestation de services et de soutien résidentiel, le jour et la nuit.
- Les tâches spécifiques aux services résidentiels (surveillance de nuit, besoins de services ménagers, contrôles à domicile) sont effectuées par des membres du personnel féminin.
- L'organisme a adopté un processus de révision régulière de sa sécurité environnementale. Ce processus comprend des commentaires sur des problèmes possibles de sécurité et d'éléments déclencheurs de la part du personnel et des femmes ayant de « l'expérience vécue. »

LIGNE DIRECTRICE N° 40

L'organisme met en œuvre des protocoles de dépistage systématique de traumatismes.

Indicateurs suggérés

- L'organisme s'assure que le dépistage de traumatismes est inclus dans les services de sensibilisation, d'admission, d'évaluation, et cliniques (voir le **chapitre 6**).
- Les membres du personnel de ces services possèdent les connaissances et les habiletés requises pour poser des questions sur le dépistage, en faisant preuve de compétences cliniques et de sensibilité aux difficultés culturelles.

LIGNE DIRECTRICE N° 41

L'organisme a des politiques et des procédures qui tiennent compte des traumatismes pour aider les femmes à gérer leurs réactions traumatiques.

Indicateurs suggérés

- Le personnel travaille avec les femmes pour élaborer des stratégies pouvant aider à gérer les interventions sur les traumatismes ou les crises, en discutant par exemple de stratégies sur la conscience de l'ici-maintenant (voir le **chapitre 6**).
- L'organisme fait preuve de respect à l'égard des mesures et des stratégies que les femmes préfèrent lors de réactions et de crises traumatiques.
- L'organisme possède un protocole pour documenter et analyser les incidents ayant déclenché des réactions traumatiques. L'analyse sert à maximiser l'apprentissage et à améliorer les pratiques.

LIGNE DIRECTRICE N° 42

Les politiques et les procédures organisationnelles respectent les droits et les besoins en matière de confidentialité et de vie privée des femmes qui ont vécu des traumatismes.

Indicateurs suggérés

- L'organisme a rédigé un énoncé des droits et responsabilités des femmes et du personnel formulé de manière explicite et qu'on peut consulter facilement (voir le **chapitre 6**).
- L'organisme protège la vie privée des femmes et du personnel.
- Les politiques concernant la vie privée, la confidentialité et l'accès à l'information sont explicites, remises par écrit, communiquées verbalement aux femmes et discutées avec elles.
- Les lignes directrices, les politiques organisationnelles et la formation du personnel garantissent que la documentation respecte la vie privée des femmes (voir le **chapitre 6**).

LIGNES DIRECTRICES POUR UTILISER LES PRATIQUES TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES AVEC LE PERSONNEL

LIGNE DIRECTRICE N° 43

L'organisme établit un environnement sécuritaire au plan émotif et physique pour les femmes et son personnel.

Indicateurs suggérés

- Le programme veille à répondre aux besoins de sécurité de tout son personnel, y compris le personnel administratif et de soutien, ainsi que le personnel qui offre des services de première ligne.
- L'organisme demande des rétroactions à son personnel pour déterminer les conditions qui contribuent ou qui nuisent à la sécurité. Il prend des mesures pour remédier aux conditions nuisibles.
- Le personnel a assez d'espace et de confidentialité, et il peut avoir facilement de l'aide au besoin.
- L'organisme a adopté des mécanismes permettant d'évaluer la sécurité du personnel sur une base continue, et pour apporter des améliorations, s'il y a lieu.

LIGNE DIRECTRICE N° 44

L'organisme s'assure que les rôles, les pratiques et les limites du travail sont explicites et uniformes pour tout le personnel.

Indicateurs suggérés

- La mission, les buts et les objectifs de l'organisme sont explicites pour tout le personnel et sont conformes aux pratiques tenant compte des traumatismes.
- Les membres de la direction et de l'équipe de supervision comprennent la nature des pratiques tenant compte des traumatismes dans les programmes et services de l'organisme, et les répercussions émotives possibles (épuisement professionnel, traumatismes indirects, usure de la compassion).
- Les politiques et pratiques organisationnelles encouragent le personnel à maintenir des limites professionnelles appropriées et à prendre soin de soi de façon appropriée.
- Le personnel de services de première ligne reçoit le soutien régulier d'une personne qualifiée et chargée de la formation clinique. La supervision clinique a lieu dans une session ou un processus distinct de la supervision administrative.
- L'organisme maximise la transparence et l'honnêteté en communiquant clairement au personnel les plans de programmes et des renseignements sur les changements.
- Les rôles et les attentes professionnelles sont explicites, constants, et justes pour tout le personnel, y compris le personnel de soutien.

LIGNE DIRECTRICE N° 45

L'organisme offre des occasions de choix et de contrôle du personnel.

Indicateurs suggérés

- Le personnel bénéficie d'une autonomie appropriée dans les limites de ses responsabilités et tâches professionnelles.
- Le personnel a la possibilité de faire part de commentaires pertinents sur des facteurs qui touchent à son travail au besoin (p. ex., le volume de travail, les heures de travail, les besoins de formation, les programmes et services offerts par l'organisme, l'environnement physique).

LIGNE DIRECTRICE N° 46

L'organisme maximise la collaboration et le partage de pouvoir entre le personnel, l'administration et la direction (ainsi qu'avec les clientes).

Indicateurs suggérés

- L'organisme accepte les commentaires et les idées de tous les membres du personnel. Il encourage la participation à la planification et à l'application de la mise en œuvre de changements.
- Des mécanismes formels et structurés sont en place pour recueillir des commentaires de la part du personnel.
- Il est évident pour le personnel que ses commentaires sont précieux et considérés, même si ses idées ne sont pas toujours mises en œuvre telles que suggérées.
- L'organisme cherche à améliorer la collaboration et le partage de pouvoir entre son personnel.

LIGNE DIRECTRICE N° 47

L'organisme met le renforcement du pouvoir d'agir et le renforcement des connaissances du personnel au premier plan.

Indicateurs suggérés

- Les forces et les habiletés du personnel sont reconnues et utilisées le plus possible dans ses fonctions professionnelles.
- Le personnel se voit offrir des possibilités de formation et de perfectionnement pour renforcer ses compétences et habiletés.
- Le personnel reçoit de la formation continue et régulière dans les domaines liés aux traumatismes, y compris les répercussions des facteurs stressants en milieu de travail.
- Les rétroactions des superviseurs et superviseuses sont positives, encourageantes et constructives, même lorsqu'il s'agit d'une critique.
- L'organisme recherche des possibilités pour soutenir le perfectionnement professionnel et offre les ressources nécessaires pour bien faire le travail.

LIGNE DIRECTRICE N° 48

L'organisme prend des mesures pour réduire les répercussions des traumatismes indirects.

Indicateurs suggérés

- En consultation avec son personnel, l'organisme détermine les caractéristiques de sa culture qui peuvent réduire les risques de traumatismes indirects ou les exacerber.
- L'organisme offre du soutien et des ressources au personnel qui a vécu des traumatismes indirects.
- L'organisme forme le personnel pour qu'il sache comment s'autogérer sur le plan de la santé.
- Les politiques, les attentes, l'établissement du calendrier et l'infrastructure favorisent la promotion du mieux-être et une bonne autogestion de la santé du personnel.

Notes de fin de chapitre

Pour la référence complète, voir l'annexe B

¹ Jennings, 2008

² Fallot et Harris, 2009

³ Moses, Reed, Mazelis et D'Ambrosio, 2003

⁴ Jennings, 2008

⁵ Moses, Reed, Mazelis et D'Ambrosio, 2003

⁶ Fallot et Harris, 2009

⁷ Les lignes directrices ont été adaptées de Fallot et Harris, 2009

Chapitre 10

Les liens avec d'autres services et secteurs

Objectif du chapitre 10

Définir des stratégies de collaboration et de partenariat pour soutenir des interventions coordonnées et tenant compte des traumatismes auprès des femmes entre les services et les secteurs

Les avantages de la collaboration et du partenariat

La Stratégie nationale de traitement de Santé Canada souligne l'importance de la coordination entre les services :

« Traditionnellement, il y a toujours eu peu d'intégration ou de communication efficace entre les systèmes et les autorités qui fournissent des services et des soutiens aux personnes qui souffrent de problèmes de consommation. Par conséquent, ces dernières font face à des lacunes et des obstacles importants lorsqu'elles cherchent l'aide dont elles ont besoin. Des personnes qui ont parfois de graves problèmes de santé et qui se trouvent dans une situation difficile doivent louvoyer dans les eaux troubles et changeantes des services et des soutiens offerts. »¹

La collaboration entre les fournisseurs et les fournisseuses de services est un élément essentiel des services tenant compte des traumatismes vécus.²

Peu d'organismes disposent des ressources nécessaires pour offrir tous les services dont les clients et les clientes ont besoin sous un même toit.

La plupart des services sociaux et de santé dont les femmes ayant vécu des traumatismes ont besoin

fonctionnent comme des programmes parallèles avec leurs propres sources de financement et de leadership. Des différences entre les programmes (p. ex., des exigences d'admissibilité, des heures d'ouverture et des endroits différents) peuvent créer des obstacles pour de nombreuses femmes. Celles qui font déjà face à de nombreux défis doivent faire des démarches compliquées pour obtenir le soutien de plusieurs fournisseurs et fournisseuses de services afin de se rétablir. En l'absence de liens entre les services requis, la continuité et l'uniformité des soins d'une femme peuvent être compromises. La planification du service peut être disjointe, et les femmes peuvent faire face à d'importantes lacunes de service ou recevoir des services qui sont contradictoires et contre-productifs.³

En faisant preuve de créativité pour établir des liens, on peut compléter des programmes, en tirant parti de leurs forces et en compensant leurs lacunes.

Avant d'établir des liens, il faut déterminer les ressources qui existent dans la collectivité. Pour établir des relations de travail fructueuses avec d'autres organismes, les fournisseurs et les fournisseuses de services doivent comprendre les exigences et les cultures des partenaires potentiels et y être sensibles. En Ontario, plusieurs collectivités ont des groupes et des réseaux de fournisseurs et de fournisseuses de services (p. ex., RLISS, groupes de planification, réseaux) qui fournissent une plateforme naturelle pour établir des liens et collaborer.

Lorsque des fournisseurs et des fournisseuses de services collaborent, cela peut améliorer grandement la qualité des soins qu'une femme reçoit.

La collaboration peut entraîner une plus grande efficacité des services dispensés dans l'ensemble du continuum de soins. Elle peut faciliter des aiguillages ou un partage des soins harmonieux et réduire la néces-

sité qu'une femme raconte son histoire à plusieurs reprises. Elle peut également aider le personnel à élargir ses connaissances et habiletés.

La collaboration peut également contribuer à utiliser les ressources organisationnelles et du système plus efficacement.

Les avantages des approches intégrées parmi les secteurs et les disciplines (p. ex., intervention immédiate, service de santé et de traitement de la consommation de substances, services spécifiques aux traumatismes, soutien aux parents, hébergement et soins de santé) ont été cités dans le document *Women, Co-occurring Disorders, and Violence Study*.⁴

La collaboration et le partenariat renforcent les interventions qui tiennent compte des traumatismes vécus

Les liens avec des services connexes sont particulièrement importants dans les pratiques tenant compte des traumatismes vécus en raison du vaste éventail de répercussions qu'un traumatisme peut avoir sur une personne.

Par exemple, une femme qui a besoin d'aide pour des problèmes liés à un traumatisme et à la consommation de substances peut également avoir besoin de services auxiliaires comme la sécurité du revenu, l'hébergement, les services aux parents et aux enfants, les services de soins de santé primaires, les services de santé mentale et les services propres à une culture.

La collaboration et les partenariats entre des fournisseurs et des fournisseuses de services de traitement de la consommation de substances et de services d'autres secteurs sont devenus monnaie courante.

Les fournisseurs et les fournisseuses de services ont établi de manière très créative un éventail de stratégies afin de collaborer dans les différents secteurs – des stratégies répondant à des besoins communautaires et utilisant les atouts ainsi que les ressources de la collectivité avec la plus grande efficacité possible.

La collaboration se produit dans le contexte d'un système.

La collaboration doit être soutenue par des politiques gouvernementales, des groupes de planification et des structures de système mettant l'accent sur les perspectives du système. Voir le **Chapitre 11**, intitulé **Pratiques tenant compte des traumatismes vécus au niveau du système**.

Exemples de collaboration et de partenariat

Les exemples ci-après décrivent trois stratégies de collaboration à succès qui sont actuellement utilisées en Ontario.

Exemple 1

Projet ontarien de dépistage de la violence faite aux femmes

Le Projet ontarien de dépistage de la violence faite aux femmes est une collaboration de plus de 150 organismes et programmes des secteurs de la santé mentale, de la toxicomanie, de la violence faite aux femmes, des agressions sexuelles, de la protection de l'enfance et de secteurs connexes, ainsi que de femmes ayant vécu des traumatismes, dans 12 régions de l'Ontario.

L'initiative a aidé des groupes de fournisseurs et de fournisseuses de services dans des collectivités partout en Ontario à promouvoir la sensibilisation à des pratiques efficaces dans le travail effectué auprès des femmes qui ont vécu des traumatismes, consomment des substances de manière problématique et souffrent de problèmes de santé mentale. Des groupes de fournisseurs et de fournisseuses de services travaillent ensemble dans chaque collectivité pour créer et offrir de la formation polyvalente à leur personnel, échanger des connaissances et créer des liens.

Le projet vise à faire en sorte que « chaque porte soit la bonne », afin que les femmes puissent entrer en contact avec les services dont elles ont besoin, et que les fournisseurs et les fournisseuses de services comprennent mieux l'interrelation entre la violence faite aux femmes, les agressions sexuelles, les traumatismes, la santé mentale, la consommation de substances problématique et les problèmes relatifs à la protection de l'enfance.

Exemple 2 —

Service de la cour alternative de traitement de la toxicomanie à Toronto

Les femmes participant au Service de la cour alternative de traitement de la toxicomanie à Toronto, géré par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), ont subi les répercussions accrues de multiples incarcérations et la dévalorisation reliée au fait d'être « criminalisées ».

Le Service a établi un partenariat avec le Woman's Own Withdrawal Management Centre et des fournisseurs et fournisseuses de services d'hébergement qui ont pour mandat de servir les femmes. Un groupe engagé composé de représentants et de représentantes d'organismes de services aux femmes et aux enfants est membre du Sous-comité des femmes et des enfants du Conseil consultatif communautaire du Service.

Le Service met sur pieds un groupe de femmes offrant des services de thérapeutes de première ligne de sexe féminin seulement, d'entraide par les pairs et de groupes de rétablissement précoce composés uniquement de femmes.

Exemple 3 —

Le Jean Tweed Centre

Le Jean Tweed Centre a établi des relations de travail collaboratives avec des agences de protection de l'enfance et d'autres fournisseurs et fournisseuses de services de la région de Toronto. Cette collaboration a généré de la formation polyvalente ainsi que des possibilités de consultation, tout en étant une source d'information pour la création et la mise en œuvre continue de directives sur les pratiques entre les services de traitement de la consommation de substances et les services d'aide sociale à l'enfance.

Cette collaboration a également contribué à ce que les services d'aide sociale à l'enfance comprennent mieux comment des pratiques tenant compte des traumatismes vécus et des approches de réduction des méfaits peuvent être utilisées pour offrir un soutien personnalisé aux mères qui ont des problèmes de consommation de substances, de santé mentale et de traumatismes vécus.

LIGNE DIRECTRICE POUR ÉTABLIR DES LIENS ENTRE LES DIFFÉRENTS SECTEURS

LIGNE DIRECTRICE N° 49

L'organisme entretient des relations collaboratrices et de partenariat avec des fournisseurs et des fournisseuses de services connexes (p. ex., services de santé mentale, autres soins de santé, services ayant de l'expertise auprès de certaines populations, services d'aide sociale à l'enfance, organismes pour les parents, services de lutte contre la violence faite aux femmes, agences de services sociaux, services de logement, refuges).

Indicateurs suggérés

- L'organisme cherche à obtenir une rétroaction des femmes ayant vécu des traumatismes au sujet de leurs besoins en matière de services auxiliaires et de la façon dont il peut les aider à accéder à ces services et à entrer en contact avec ceux-ci.
- L'organisme collabore avec d'autres fournisseurs et fournisseuses de services communautaires, afin de créer des mécanismes de collaboration et de coordination entre les services (p. ex., RLISS, groupes de planification, réseaux locaux).
- L'organisme tente de trouver des façons de rendre les services plus accessibles et mieux adaptés à la culture (p. ex., avec des programmes ou services d'approche gérés conjointement, en regroupant les services).
- Le fait que l'organisme accepte de collaborer et de s'associer avec des fournisseurs et des fournisseuses de services connexes reflète les principes directeurs des pratiques tenant compte des traumatismes vécus.
- L'organisme évalue régulièrement sa réussite dans l'établissement de liens et les relations collaboratrices/de partenariat.

Notes de fin de chapitre

Pour la référence complète, voir l'annexe B

¹ Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada, 2008

² Poole, 2011

³ Center for Substance Abuse Treatment, 1997

⁴ Le document *Women, Co-occurring Disorders, and Violence Study*, disponible en ligne à <http://www.nationaltraumaconsortium.org/documents/CreatingTraumaServices.pdf>

Chapitre 11

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes au niveau systémique

Objectif du chapitre 11

Déterminer les avantages systémiques des pratiques qui tiennent compte des traumatismes et définir les stratégies et les mesures nécessaires pour les offrir

Le système de services de l'Ontario

La province de l'Ontario est grande, sa population est diversifiée. La taille, le caractère et les ressources de ses collectivités varient grandement (allant de grands centres urbains à de petites villes ou à des collectivités rurales, éloignées ou isolées). Comme plusieurs autres provinces, l'Ontario prend des mesures pour renforcer son approche systémique à l'égard des soins de santé. Dans la province, on constate une grande variabilité parmi les services d'aide aux personnes consommatrices de substances, en ce qui concerne les modèles et les exigences des programmes, les structures et les cultures organisationnelles, les philosophies et les ressources disponibles. Par conséquent, les femmes peuvent constater d'importantes différences dans la façon dont on répond à leurs besoins, d'une collectivité à une autre ou d'un service à un autre.

Certains organismes offrent des services spécialisés selon le sexe uniquement pour les femmes, alors que d'autres ont conçu des composantes de programme propres aux femmes dans des programmes mixtes. Dans certaines régions de la province, des services selon le sexe ne sont pas offerts ou facilement accessibles; cependant, les femmes peuvent accéder à des services dans des milieux mixtes et des programmes conçus pour les hommes et les femmes. Pour certaines femmes, se retrouver dans un établissement mixte ou recevoir des services de membres du personnel de sexe masculin (p. ex., conseillers, personnel de nuit) réduit le sentiment de sécurité et est retraumatisant. ¹

Pour d'autres femmes, les programmes mixtes ne permettent pas de traiter des préoccupations et des problèmes essentiels des femmes par rapport à leur rétablissement.

Dans les régions éloignées et isolées, les hommes et les femmes peuvent avoir de la difficulté à accéder aux services. Au nombre des problèmes importants et de longue date figurent des ressources insuffisantes, des possibilités de formation limitées et un nombre restreint de membres du personnel ayant des connaissances et des habiletés spécialisées dans les domaines des services aux femmes, de la consommation de substances et des traumatismes.

On constate également une grande variabilité dans les services aux femmes (et aux hommes) qui ont des problèmes concomitants de consommation de substances et de santé mentale. Dans certaines régions de la province, des fusions entre des services d'aide aux personnes consommatrices de substances et de santé mentale ont créé des possibilités de services intégrés ou coordonnés. La plupart des fournisseurs et des fournisseuses de services d'aide aux personnes consommatrices de substances qui n'ont pas fusionné avec des organismes de santé mentale s'efforcent activement d'être « aptes à traiter des troubles concomitants » ² et de créer des liens avec des organismes de santé mentale.

Malgré les variations dans le système de l'Ontario, les services d'aide aux personnes consommatrices de substances sont unis dans l'engagement qu'ils partagent de fonder leurs pratiques sur des données probantes.

Cet engagement est soutenu par des directives gouvernementales. Plusieurs outils ont été conçus à l'échelle du système par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, ainsi que par des groupes sectoriels et des associations, afin d'assurer l'uniformité des services, par exemple :

- des définitions de service provinciales;
- des outils d'évaluation et de planification du traitement;
- des directives provinciales pour les services aux femmes;
- des normes sectorielles pour la gestion du sevrage et d'autres types de services;
- des systèmes de données qui soutiennent la gestion de l'information sur la disponibilité et l'utilisation des services (respectivement Connex et DASIT).

Comme d'autres outils à l'échelle du système, ces lignes directrices concernant les pratiques tenant compte des traumatismes vécus peuvent et doivent être utilisées dans l'ensemble du système de service d'aide aux personnes consommatrices de substances.

Certains fournisseurs et fournisseuses de services peuvent avoir de la difficulté à mettre en œuvre toutes ces lignes directrices. Pour reconsidérer les pratiques organisationnelles et cliniques en tenant compte des traumatismes vécus, il faut investir du temps et des ressources.

Ces lignes directrices visent à aider les organismes à mettre immédiatement en œuvre des pratiques tenant compte des traumatismes vécus et, lorsque des obstacles sont découverts, à les aider à les surmonter. Lorsque des obstacles empêchent une mise en œuvre intégrale, les fournisseurs et les fournisseuses de services doivent trouver des solutions créatives qui soutiendront la réalisation la plus complète possible de chaque ligne directrice. Dans ces situations, ils peuvent trouver utile de documenter les difficultés auxquelles ils font face.

Les preuves tangibles des répercussions positives

Il est prouvé que des approches tenant compte des traumatismes vécus peuvent avoir de nombreux avantages.

En voici des exemples :

- **Les services intégrés tenant compte des traumatismes vécus sont économiques** – Comme les services

intégrés tenant compte des traumatismes vécus obtiennent de meilleurs résultats, mais ne sont pas plus dispendieux que les programmes standards, ils sont considérés comme économiques. ³

- **Les pratiques tenant compte des traumatismes vécus peuvent entraîner une diminution de l'utilisation de services d'urgence** – Certaines études ont constaté des diminutions de l'utilisation de services intensifs comme l'hospitalisation et l'intervention immédiate après la mise en œuvre de soins tenant compte des traumatismes vécus. ⁴

Les fournisseurs et les fournisseuses de services rapportent des résultats positifs dans leurs organismes.

Ces résultats consistent en :

- une meilleure collaboration avec elles [les femmes qui ont vécu des traumatismes];
- un sentiment d'auto-efficacité accru chez les clients et les clientes;
- une amélioration des habiletés du personnel;
- une plus grande collaboration au sein de leurs agences et à l'extérieur de celles-ci;
- un meilleur moral du personnel;
- moins d'événements négatifs;
- des services plus efficaces.

Les conclusions de la Women, Co-Occurring Disorders and Violence Study ont également prouvé l'existence de plusieurs avantages des soins tenant compte des traumatismes.

Ces avantages comprennent ce qui suit :

- Lorsqu'on offrait des modèles intégrés tenant compte des traumatismes vécus et abordables, les femmes ayant des problèmes concomitants complexes ont bénéficié d'une diminution de leurs symptômes liés aux traumatismes et de leurs problèmes de santé mentale, ainsi que de la gravité de leur consommation de substances.
- Des services de consultation intégrés à une politique et à un contexte de service tenant compte des traumatismes vécus se sont révélés être plus efficaces que les services habituels.
- La qualité du travail s'est améliorée lorsque les consommateurs, les consommatrices, les four-

nisseurs, les fournisseuses et les responsables de la planification du système ont participé à tous les aspects de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des services de la politique.

- Les coûts engendrés par la prestation de ces soins intégrés n'étaient pas plus élevés que ceux des services habituels. ⁵

Les pratiques qui tiennent compte des traumatismes vécus dans le système général des soins de santé

Les femmes ayant des problèmes de consommation de substances peuvent chercher de l'aide auprès de différents services de soins actifs et de santé.

Comme tous les types de service de santé peuvent être des points d'entrée pour les femmes consommatrices de substances, ils devraient tous tenir compte des traumatismes vécus. Poole et Urquhart mettent l'accent sur le fait que tout le système doit « cheminer vers une compréhension holistique plutôt que fermée ou étroite des chevauchements (des traumatismes et de la consommation de substances) ». ⁶

« Chaque service de soins de santé devrait être sensible aux répercussions des traumatismes. Les femmes consommatrices de substances devraient pouvoir accéder à de tels services, peu importe la porte par laquelle elles entrent, ou si elles trouvent ou non la façon d'accéder à un programme de traitement propre aux traumatismes qu'elles ont vécus. » ⁷

Un système de soins dans lequel des pratiques tenant compte des traumatismes vécus sont largement utilisées peut améliorer la qualité des services. Par exemple :

- Les soins prodigués à une femme peuvent être coordonnés à l'échelle d'un éventail de services, et chaque membre de son équipe de soins s'est engagé à utiliser des pratiques qui tiennent compte des traumatismes qu'elle a vécus.
- Tous les membres de l'équipe, y compris la femme, savent exactement quels services seront offerts, par

qui et de quelle façon – la femme ne reçoit pas d'information, de conseils ou des services contradictoires.

- Elle continue à recevoir des soins et du soutien pendant les périodes d'attente pour des services précis.
- L'information est transmise (avec un consentement éclairé) au besoin, afin qu'elle n'ait pas à répéter son histoire à de nombreuses reprises – son équipe connaît l'information, les outils et les processus utilisés dans les différents services et établit des approches complémentaires, dans la mesure du possible.

L'engagement envers un changement systémique

Les services de soins de santé et d'autres secteurs fonctionnent dans le contexte d'une politique et d'une planification à des niveaux systémiques locaux, régionaux et provinciaux.

La mise en œuvre de pratiques tenant compte des traumatismes vécus à l'échelle des services d'aide aux personnes consommatrices de substances et dans un large éventail de services sociaux et de santé nécessitera du leadership, de la transparence et un engagement des responsables de l'élaboration, de la gestion et de la supervision du système.

Les spécialistes recommandent que l'engagement envers des pratiques tenant compte des traumatismes vécus se répercute dans tout le système, avec les mesures de soutien suivantes : ⁸

- des énoncés de politique ou de principe stipulant que les traumatismes sont un problème de santé prioritaire qui exigent un leadership continu et hautement visible chez les responsables de l'élaboration des politiques, les responsables de la planification du système et les organismes bailleurs de fonds;
- un engagement explicite envers l'utilisation de pratiques tenant compte des traumatismes vécus dans des systèmes de service financés par le gouvernement;
- l'offre de formations (sur des pratiques tenant compte des traumatismes vécus) auxquelles participent plusieurs systèmes de services (services sociaux et d'aide aux personnes consommatrices de

substances, de santé mentale, d'autres soins de santé et de justice pénale) et la promotion de la coordination entre ces systèmes;

- la participation des femmes ayant de l'expérience vécue à la planification, à la supervision et à l'évaluation du système, y compris à l'établissement de stratégies pour améliorer l'accessibilité aux services et leur redevabilité;
- des stratégies d'allocation des ressources et des critères de financement ciblant la création d'un système de service tenant compte des traumatismes vécus, y compris la mise en œuvre de pratiques prometteuses et éprouvées;
- la diffusion des lignes directrices sur la pratique clinique, reposant sur des pratiques éprouvées;
- des politiques, des normes, des outils d'amélioration de la qualité et des mécanismes de ratification de contrats respectant les préférences, la vie privée et les droits des clients et des clientes et permettant de réduire ou d'éliminer les pratiques pouvant retraumatiser;
- une collecte de données pouvant informer les processus continus de planification et d'amélioration de la qualité, notamment :
 - sur la prévalence et les répercussions des traumatismes;
 - sur les besoins des clients et des clientes, l'utilisation de services spécifiques aux traumatismes et de services qui tiennent compte des traumatismes, et la satisfaction;
 - des mesures pour évaluer l'efficacité et les répercussions des services spécifiques aux traumatismes et des services tenant compte des traumatismes;
 - des activités d'évaluation et de recherche pour déterminer l'efficacité du changement systémique sur les pratiques tenant compte des traumatismes.

Notes de fin de chapitre

Pour la référence complète, voir l'annexe B

¹ Selon les commentaires des femmes qui ont participé aux groupes de réflexion organisés pour ce projet. Voir le **chapitre 3**.

² L'expression « aptes à traiter des troubles concomitants » désigne des fournisseurs et fournisseuses de services qui sont capables d'aider des personnes qui consomment des substances et ont également des problèmes de santé mentale. L'expression ne signifie pas nécessairement que les pratiques tiennent compte des traumatismes.

³ Domino et coll., 2005

⁴ Community Connections, 2002

⁵ Poole et Urquhart, 2009

⁶ Ibid.

⁷ Rosenberg, 2011

⁸ Blanch, 2007

Chapitre 12

Introduction aux services spécifiques aux traumatismes

Objectif du chapitre 12

Présenter des renseignements généraux sur les types de programmes utilisés pour offrir des services spécifiques aux traumatismes, sur les connaissances et l'expertise dont le personnel a besoin et sur le processus d'évaluation de ces services

Ce chapitre présente des renseignements de base sur les services spécialisés qui sont spécifiques aux traumatismes.

Il ne vise pas à présenter ces renseignements avec le même degré de détail que les lignes directrices spécifiques relatives aux pratiques tenant compte des traumatismes qui devraient être mises en œuvre à l'échelle tout entière du système des services d'aide aux personnes consommatrices de substances. Cependant, les organismes qui fournissent ces services ne mettront pas tous des services spécifiques aux traumatismes.

Ce chapitre vise à aider les organismes qui se demandent s'ils devraient mettre sur pied des services spécifiques aux traumatismes.

Pour prendre cette décision, les organismes devront effectuer des recherches considérables, évaluer leurs capacités actuelles, évaluer les modèles et approches possibles, planifier et offrir des activités de formation et de perfectionnement professionnel. Les renseignements de base présentés dans ce chapitre comprennent :

- les objectifs des services spécifiques aux traumatismes, ainsi que les modèles et approches cliniques utilisés;
- les compétences et connaissances spécialisées requises pour offrir des services spécifiques aux traumatismes;
- les modèles et approches utilisées dans la prestation des services spécifiques aux traumatismes.

Les personnes qui souhaitent de plus amples renseignements sur des modèles et approches spécifiques aux traumatismes peuvent consulter les exemples présentés dans l'**annexe C**.

« Les praticiens et praticiennes présument que, lorsqu'un traumatisme a eu lieu, cela change les règles du jeu. [Une femme qui a vécu un traumatisme] se construit un moi, une définition d'autrui et une croyance au sujet du monde qui intègrent l'événement ou les événements horribles et sont, dans bien des cas, basés sur cet événement ou ces événements. Cela guide d'autres choix de vie et le développement de stratégies d'adaptation particulières. Les répercussions sont ressenties dans des sphères de fonctionnement de la vie [d'une femme] qui semblent avoir très peu de liens avec le traumatisme, ainsi que dans des sphères qui lui sont plus manifestement associées. » ¹

Que sont les services spécifiques aux traumatismes?

Les services spécifiques aux traumatismes sont des interventions visant à faciliter le rétablissement d'une consommation problématique de substances et d'expériences de vie traumatiques de manière intégrée.

Lors de la prestation de services spécifiques aux traumatismes, les fournisseurs et fournisseuses de services d'aide aux personnes consommatrices de substances doivent veiller à ce que :

- les services respectent les droits et besoins de la femme d'être informée, d'établir des relations et d'avoir de l'espoir au sujet de son propre cheminement;
- l'interrelation entre les traumatismes et les réactions traumatiques comme la consommation problématique.

matique de substances, les troubles de l'alimentation, la dépression, l'anxiété et l'automutilation est comprise et reconnue;

- chaque femme a donné son consentement éclairé pour participer à des services spécifiques aux traumatismes;
- le fournisseur ou la fournisseuse de services travaille en collaboration avec chaque femme, les personnes importantes pour elle et d'autres organismes de services à la collectivité selon une approche qui renforce le pouvoir d'agir de la femme.

Quelles mesures préliminaires un organisme devrait-il prendre?

Avant de pouvoir envisager de mettre sur pied des services spécifiques aux traumatismes, un organisme doit avoir mis en place les éléments clés suivants :

1. L'organisme a **mis en œuvre** les pratiques tenant compte des traumatismes qui sont énoncées dans les lignes directrices du présent document. Pour consulter une liste de toutes les lignes directrices, voir **l'annexe A**.
2. Le personnel qui offrira les services spécifiques aux traumatismes possède des **compétences et connaissances spécialisées**. Pour plus de renseignements sur les compétences et le perfectionnement professionnel du personnel, voir le **chapitre 8**.
3. Les conseillers, conseillères et autres membres du personnel de première ligne peuvent obtenir régulièrement, fréquemment et rapidement des sessions de **supervision clinique et de consultation** auprès d'une personne chargée de la formation clinique qui connaît à fond les interventions spécifiques aux traumatismes, les services d'aide à la consommation de substances et d'autres domaines connexes, comme la santé mentale, les troubles de l'alimentation ou l'automutilation.
4. L'organisme a effectué des recherches sur les **modèles et approches spécifiques aux traumatismes qui reposent sur des données probantes** et a déterminé ce qui correspond le mieux aux besoins de sa clientèle et à ses buts, sa capacité et sa culture.

5. L'organisme a évalué sa capacité à mettre en œuvre et à soutenir le modèle ou l'approche qu'il retient et a déterminé les mesures à prendre pour **combler les lacunes et surmonter les obstacles**. Si un organisme ne dispose pas de la capacité ou des ressources lui permettant de mettre en œuvre des services spécifiques aux traumatismes, il pourrait envisager de former un partenariat avec un autre organisme qui possède une grande expertise dans le domaine.
6. Pour élaborer un plan de mise en œuvre du modèle ou de l'approche qu'il retient, l'organisme a consulté le personnel et **des femmes ayant de l'expérience vécue**.

Compétences du personnel

Il n'existe pas encore de pratiques exemplaires au sujet des connaissances et des compétences spécialisées requises pour offrir des services spécifiques aux traumatismes.

Toutefois, l'International Society for Traumatic Stress Studies a rédigé un document préliminaire pour discuter des paramètres des pratiques exemplaires. Pour consulter ce document, voir www.istss.org. Weine et coll. ² ont également étudié la question et ont dégagé des éléments de base d'un programme de formation des conseillers et conseillères qui travailleront avec des femmes ayant vécu des traumatismes.

Les conseillers et conseillères qui offriront des services spécifiques aux traumatismes devraient posséder les compétences et connaissances essentielles suivantes :

1. En plus d'une formation poussée sur les approches et les compétences en counseling, les conseillers et conseillères doivent posséder des connaissances sur les nombreux **types possibles d'événements traumatiques** et sur les réactions émotionnelles, comportementales, cognitives et somatiques que ces événements peuvent entraîner.
2. Les conseillers et conseillères doivent avoir les compétences nécessaires pour **aider les femmes**

- à gérer** une vaste gamme de réactions traumatiques (p. ex., des stratégies pour la conscience de l'ici-maintenant).
- Il est essentiel que les conseillers et conseillères comprennent à fond les problèmes associés à la consommation de substances, le processus du rétablissement et les **interrelations** avec les expériences traumatiques.
 - Les conseillers et conseillères doivent pouvoir réaliser des évaluations **à un rythme mesuré et avec sensibilité**.
 - Les conseillers et conseillères doivent être capables d'aider les femmes **à planifier leur sécurité**, tant pour leur sécurité personnelle que, au besoin, des plans pour la garde et la sécurité de leurs enfants.
 - Les conseillers et conseillères doivent être en mesure d'utiliser un cadre de travail **fondé sur les forces** qui reconnaît les forces et les atouts des femmes et en tire parti.
 - Les conseillers et conseillères doivent pouvoir recourir **à un éventail d'interventions thérapeutiques**, pour utiliser celles qui soutiennent le mieux une femme, tout en reconnaissant que si certaines approches (comme les stratégies cognitivo-comportementales) conviennent fort bien pour de nombreux clients et clientes, elles pourraient ne pas être convenables ou utiles pour toutes les femmes.
 - Si l'organisme offre des services de groupes, les conseillers et conseillères auront les compétences pour **animer des groupes d'aide spécifiques aux traumatismes**.
 - Comme les réactions aux traumatismes peuvent être influencées par la culture, l'ethnicité, l'orientation sexuelle, la classe sociale, le statut social, et plusieurs autres facteurs, les conseillers et conseillères doivent **faire preuve de sensibilité et de réceptivité** à l'égard de ces facteurs durant l'établissement de l'alliance thérapeutique avec les femmes.

« Les personnes aidantes doivent aussi savoir que la crise du traumatisme et la souffrance qui en découle peuvent non seulement entraîner des dommages et une démoralisation, mais aussi, pour certaines personnes, produire de la résilience, un cheminement et une transformation personnelles, et un épanouissement post-traumatique. » ³

Pour les conseillers et les conseillères, le fait de travailler avec des femmes qui ont vécu des traumatismes impose des demandes uniques sur le plan des émotions et de l'adaptation.

Les conseillers et conseillères doivent veiller assidûment à leur autogestion de santé et devraient avoir les compétences nécessaires pour surmonter les impacts du stress qui peuvent découler de ce travail. De plus, ils et elles devront s'engager à participer activement à des sessions de supervision clinique et à constamment examiner les problèmes de transfert de sentiments et de contre-transfert qui peuvent surgir.

Perfectionnement du personnel

L'embauche de personnel qualifié peut comporter des difficultés pour certains organismes.

Même si Courtois et Gold revendiquent l'inclusion et l'intégration de notions de base sur les traumatismes dans la formation universitaire dès le premier cycle, cela se produit rarement. ⁴ En dépit de la prévalence des traumatismes chez les femmes qui ont des problèmes de consommation de substances, peu de programmes de formation professionnelle pour les conseillers et conseillères abordent les traumatismes et le traitement intégré des traumatismes et de la consommation de substances.

Les programmes de formation officiels comportent peu de formation pratique sur les pratiques intégrées portant sur les traumatismes et la consommation de substances.

Par conséquent, les conseillers et conseillères qui veulent offrir des services spécifiques aux trauma-

tismes doivent rechercher des cours et des ateliers spécialisés, ainsi que d'autres possibilités de formation, pour acquérir les compétences et l'expertise nécessaires. Au moment de l'embauche de conseillers et de conseillères, un organisme peut avoir besoin de déterminer si la formation, les compétences et l'éducation des candidats et candidates répondent à ses besoins.

L'éducation et la formation sont reconnues comme un élément clé des soins spécifiques aux traumatismes.

Les organismes qui ont adopté des pratiques tenant compte des traumatismes s'engagent à fournir la formation nécessaire à tout le personnel sur les traumatismes et fournissent la formation spécialisée et la supervision nécessaires au personnel qui offre les services spécifiques aux traumatismes.⁵

Pour en savoir plus sur les compétences et le perfectionnement professionnel du personnel, voir le **chapitre 8**.

Quels facteurs exercent de l'influence sur les réactions traumatiques?

Les réactions traumatiques peuvent varier considérablement d'une personne à l'autre. Elles sont « influencées par une matrice complexe de questions biologiques, sociales, psychiques et expérientielle. »⁶

À l'heure actuelle, des recherches sont menées afin de comprendre la complexité des expériences traumatiques. L'expérience d'un événement traumatique et la capacité de s'en rétablir sont personnelles et peuvent être liées à un éventail de facteurs de risques et de facteurs de protection, dont :

- des facteurs biologiques, physiologiques et génétiques;
- le tempérament;
- l'âge et le niveau de développement;
- les antécédents au sujet de l'attachement;
- les événements de la vie antérieurs, dont d'autres expériences de traumatismes et les adaptations à ces expériences;
- des facteurs de vie et de situation comme la culture;
- la disponibilité du soutien après l'événement.

Les réactions traumatiques peuvent également subir l'influence de facteurs comme le type d'expériences traumatiques, leur gravité, leur durée et leur complexité, notamment :

- un traumatisme qui a lieu en privé, qui est caché ou secret (p. ex., la violence physique ou l'agression sexuelle), particulièrement lorsqu'il vise de jeunes enfants vulnérables;
- un traumatisme qui découle d'un abus de confiance de la part d'une personne en position de confiance et d'autorité;
- les mauvais traitements ou d'autres traumatismes qui sont répétés, prolongés ou chroniques;
- le manque de soutien ou de validation à la suite d'une divulgation de mauvais traitements, particulièrement lorsqu'on fait honte, qu'on blâme ou qu'on isole la femme qui a subi le traumatisme.⁷

Qu'est-ce que l'état de stress post-traumatique (ESPT)?

Beaucoup de femmes ayant vécu un ou des événements traumatiques acquièrent par la suite des réactions de détresse qui peuvent être diagnostiquées comme étant un état de stress post-traumatique (ESPT). Najavits définit l'ESPT dans des termes simples, comme suit :

état = réaction
stress = anxiété;
post = après;
traumatique = traumatisme.⁸

Najavits a aussi élaboré une brève liste de vérification pour aider les femmes à déterminer si elles souffrent d'un ESPT.⁹ Faisant le lien entre les traumatismes et la consommation de substances, elle souligne que l'ESPT est l'un des diagnostics qui émergent le plus fréquemment parmi les femmes qui cherchent à se faire aider pour leurs problèmes de consommation de substances.

Qu'est-ce que le traumatisme complexe?

Le concept de « traumatisme complexe » vient d'une prise de conscience accrue des répercussions à long terme de la violence subie durant l'enfance.

Toutefois, au cours des dernières années, les équipes cliniques et les équipes de recherche ont dégagé les répercussions à long terme des traumatismes vécus par les adultes et les enfants. Les femmes peuvent subir des traumatismes complexes au sein de la famille ou d'autres relations intimes, de même que lors d'événements catastrophiques comme des conflits et des combats armés permanents, le fait d'être prisonnières de guerre, des déplacements de population en raison d'un « nettoyage ethnique », le fait d'être réfugiées, ainsi qu'à cause du commerce d'êtres humains et de la prostitution.¹⁰

Courtois a dégagé les facteurs de stress qui sont fréquemment associés au traumatisme complexe:¹¹

- les mauvais traitements ou autres expériences traumatiques qui sont répétitifs, prolongés ou cumulatifs;
- les expériences interpersonnelles de traumatisme qui mettent en cause la violence directe, l'exploitation et les mauvais traitements, dont la négligence, l'abandon ou, encore, l'antipathie et les mauvais traitements des principales personnes dispensatrices de soins ou d'autres adultes ostensiblement responsables;
- les événements traumatiques qui se produisent à des moments vulnérables du développement de la vie d'une femme, particulièrement durant la petite enfance ou à l'adolescence, mais qui peuvent aussi avoir lieu plus tard dans la vie et dans des contextes de vulnérabilité (l'invalidité, l'impuissance, la dépendance, l'âge et l'infirmité).

Les expériences associées au traumatisme complexe tendent à être chroniques plutôt qu'aigues (se produisant une seule fois ou rarement) et leur gravité s'aggrave souvent au fil du temps. L'abus de confiance associé à ces mauvais traitements peut nuire gravement au développement affectif, à l'identité personnelle et aux relations avec autrui. Lorsqu'un traumatisme complexe est ancré dans des expériences vécues durant l'enfance, les conséquences sont souvent particulièrement graves, parce que l'enfant manque de maturité physique et psychologique.

Ce document ne constitue pas un exposé complet des théories et des études actuelles sur le traumatisme complexe et les critères de diagnostic. Nous encourageons

les lecteurs et lectrices qui veulent en savoir plus à consulter des sources qui font autorité, comme Courtois, C.A. et Ford, J.D. (dir.) (2009) *Treating Traumatic Stress Disorders: An evidenced-based guide*, New York : The Guilford Press, ou Van der Kolk, Bessel A. (2001) « The Assessment and Treatment of Complex PTSD », correspondant au chapitre 7 de *Traumatic Stress*, Yehuda, Rachel (dir.), American Psychiatric Press.

« Pendant une très longue période, je n'avais aucune idée de ce qui clochait. On a posé tellement de diagnostics. Je n'ai jamais pensé que je correspondais à ces catégories, mais ceci me semble bien correspondre. »¹²

Lorsque l'évaluation du cas d'une femme se fait exclusivement en vue d'un diagnostic et sans considérer les répercussions des traumatismes, on risque alors de prescrire des médicaments qui ne lui conviennent pas.

Néanmoins, certains médicaments peuvent bénéficier énormément à certaines femmes, pour les aider avec des problèmes de sommeil, de dépression, d'anxiété, de même que des pensées ou des sentiments autodestructeurs. Voici les avantages des médicaments, selon Van der Kolk :

- la réduction de la fréquence ou de la gravité des symptômes perturbateurs;
- la réduction de la tendance à interpréter les stimulus qui se produisent comme étant des récurrences du traumatisme;
- la réduction de l'hyperexcitation conditionnée aux stimulus qui rappellent le traumatisme, de même que de l'état d'hyperexcitation généralisée;
- la réduction du comportement d'évitement;
- l'amélioration de l'état de dépression ou de torpeur;
- la réduction des symptômes psychotiques ou dissociatifs;
- la réduction de l'agression impulsive contre soi et autrui.¹³

Comment les services spécifiques aux traumatismes sont-ils dispensés?

Les services spécifiques aux traumatismes sont dispensés selon un modèle de rétablissement qui se déroule en trois phases :

- Première phase – Sécurité et stabilisation;
- Deuxième phase – Souvenir et deuil;
- Troisième phase – Rétablissement de liens.

Selon le modèle de rétablissement, les services spécifiques aux traumatismes peuvent être dispensés en trois phases.

Les trois phases des services peuvent avoir lieu en groupe, dans des sessions de counseling individuel ou en combinant ces deux modalités. Beaucoup de femmes estiment que la participation à un groupe les aide à comprendre qu'elles ne sont pas seules et leur procure un espace sécuritaire où elles peuvent apprendre à faire confiance. Il n'est pas inhabituel, pour les femmes, de préférer analyser les souvenirs d'expériences traumatiques lors de sessions de counseling individuel. Beaucoup de femmes estiment que la combinaison de ces deux modalités – sessions individuelles et sessions de groupe – est ce qui leur convient le mieux.

Objectifs des sessions de groupe

Dans chaque phase, les objectifs des sessions de groupes varient selon les points sur lesquels les groupes travaillent. Toutefois, les objectifs suivants sont fréquents pour les sessions de groupe spécifiques aux traumatismes, peu importe la phase durant laquelle ils ont lieu : ¹⁴

- encourager la sécurité;
- améliorer l'autogestion de la santé;
- remettre les expériences des femmes dans leur contexte, particulièrement celles qui sont associées à la consommation de substances, et établir les interrelations avec les traumatismes;
- augmenter l'autoefficacité;
- valider les expériences des femmes;
- encourager le partage de l'expertise;
- donner la possibilité de faire la connaissance

- d'autres femmes et d'apprendre de ces dernières;
- diminuer la honte;
- augmenter l'entraide;
- faire montre de sensibilité envers les points de vue culturels et développer cette sensibilité.

Possibilités et responsabilités des sessions de groupe

Au cours des sessions de groupe qui ont lieu durant les trois phases, les conseillers et conseillères collaborent avec les femmes pour leur donner les possibilités suivantes :

- établir la sécurité, la confiance et la cohésion de groupe;
- cheminer pour se rétablir de la consommation de substances et de traumatismes;
- combler les autres besoins en matière de santé physique ou mentale pouvant nuire à la participation d'une femme;
- acquérir des compétences et des stratégies cognitives, affectives et comportementales qui favorisent la sécurité et augmentent la tolérance à la détresse et la régulation de l'affect;
- déterminer les risques posés à la sécurité et planifier des stratégies qui éliminent ces risques (personnes, endroits et objets);
- identifier, nommer et exprimer les sentiments;
- améliorer les relations interpersonnelles grâce à la dynamique du groupe;
- utiliser des stratégies cognitivo-comportementales pour éliminer les pensées et croyances autocritiques continues et l'état de détresse;
- utiliser des stratégies de relaxation et de gestion de stress pour faire face à la tension et au stress;
- augmenter la conscientisation sur la façon dont les pensées et les sentiments sont ressentis physiquement;
- utiliser des stratégies comme la pleine confiance et la relaxation pour encourager le développement de la conscience de soi et de l'attention à prêter aux répercussions des pensées et de l'humeur sur le corps et le comportement;
- élaborer des plans de soins personnels et les mettre en pratique;
- examiner les répercussions des traumatismes sur la

famille et d'autres relations;

- augmenter la prise de conscience sur le fait que d'autres problèmes, comme l'alimentation, le magasinage ou les jeux de hasard peuvent constituer un substitut à la consommation de substances ou l'évitement de sentiments ou de souvenirs pénibles;
- augmenter les mesures de soutien et élaborer des plans pour surmonter les éléments déclencheurs de la consommation de substances ou d'autres comportements à risque élevé ou à automutilants;
- donner un sens et de l'espoir.

Rythme des services spécifiques aux traumatismes

Le rythme est essentiel à l'établissement de la sécurité.

Les conseillers et conseillères qui fournissent des services spécifiques aux traumatismes doivent avoir conscience des réactions traumatiques et de son aptitude à gérer ses réactions et doivent adapter le rythme du cheminement individuel et en groupe en conséquence. Par exemple, il sera important de savoir si une femme a des souvenirs perturbateurs, des cauchemars ou des épisodes de dissociation. La femme est-elle capable de trouver des moyens de faire face à des émotions intenses ou des éléments déclencheurs de consommation de substance?

Comme les répercussions des traumatismes sont souvent complexes et d'une portée profonde, les réactions traumatiques d'une femme pourraient ne pas être évidentes ou faciles à repérer.

Le conseiller ou la conseillère doit être d'une grande sensibilité aux nombreuses répercussions entraînées par le traumatisme sur son univers intérieur et ses défenses.

Phases du rétablissement d'un traumatisme

Même si le modèle conçoit le rétablissement comme se déroulant en phases, il est important de garder à l'esprit que peu de femmes se rétabliront d'un traumatisme selon un cheminement linéaire.

Judith Herman, qui est l'une des premières personnes à avoir proposé ce modèle, n'est pas sans mentionner que les phases constituent « une tentative d'imposer ordre et simplicité à un processus turbulent et complexe par nature. »¹⁵

Première phase – Sécurité et stabilisation

Le but premier du travail thérapeutique au cours de cette phase est la sécurité et la stabilité.

La nature et l'ampleur de ce travail varient d'une femme à l'autre; une évaluation minutieuse est nécessaire pour déterminer les atouts et les domaines qui nécessitent le développement des compétences et des connaissances. Les questions culturelles sont des facteurs tout aussi importants, puisqu'ils apportent des nuances particulières aux besoins d'une femme qui se rétablit.

Le travail accompli dans la première phase implique ce qui suit :

- assurer la sécurité interne et externe;
- former une alliance thérapeutique;
- reconnaître l'interdépendance entre les réactions et les traumatismes;
- miser sur ses forces et développer des compétences pour prendre soin de soi;
- augmenter la capacité de tolérer l'affect;
- apprendre des compétences d'autoréconfort efficace;
- développer des compétences pour composer avec des comportements autodestructeurs tels que la consommation de substances, la suralimentation ou la sous-alimentation, les rapports sexuels à risque;
- augmenter les réseaux de soutien;
- accorder une attention aux circonstances et aux expériences actuelles.

Pour assurer la sécurité et la stabilité, le conseiller ou la conseillère doit explorer avec une femme tous les aspects de sa vie et bien comprendre le soutien dont elle peut avoir besoin pour résoudre des problèmes fondamentaux comme se loger, se nourrir, gérer ses finances ou s'occuper de ses enfants.

Les femmes qui ont vécu des traumatismes peuvent sous-estimer les risques pour leur bien-être.

L'aide d'un conseiller ou d'une conseillère peut être nécessaire pour cerner les risques et évaluer les services permettant de répondre aux besoins fondamentaux. Les conseillers ou conseillères devraient aider chaque femme à élaborer des stratégies de sécurité à court et à long terme et à les revoir régulièrement. La collaboration avec d'autres fournisseurs ou fournisseuses de services devrait contribuer à assurer une approche collaborative pour appuyer les femmes dans leur rétablissement et au sujet des préoccupations qui lui sont associées.

Les femmes qui ont vécu des traumatismes peuvent s'investir dans des relations qui sont préjudiciables ou dangereuses.

Cela peut prendre la forme d'une reproduction de la violence ou d'une autopunition. Les conseillers ou conseillères devraient aider les femmes à reconnaître les relations dangereuses et à savoir ce qu'il faut faire pour se garder en sécurité et être à l'abri des relations violentes.

Aider une femme à assurer sa sécurité et sa stabilité implique de composer avec des comportements autodestructeurs comme consommer des substances, se couper ou se brûler, manger plus ou moins que ce qui est sain ou adopter un comportement sexuel à risque.

Reconnaître comment ces comportements peuvent avoir aidé une femme – s'autoréconforter, créer un état de torpeur ou d'hyperactivité émotionnelle ou réduire le stress et la tension – fait partie du travail accompli dans la première phase. Il est important de comprendre et de nommer ces comportements comme des stratégies qu'une femme a utilisées pour gérer les répercussions de traumatismes. La tâche du conseiller ou de la conseillère sera de communiquer de manière respectueuse avec elle sur la façon dont ces comportements l'ont aidée et la mettent maintenant en danger, et pour l'aider à trouver et à développer d'autres moyens pour dominer les sentiments accablants ou d'autres réactions traumatiques.

Il est essentiel que les conseillers ou conseillères soient sensibles à la dynamique culturelle.

Des pratiques ou croyances culturelles spécifiques peuvent former des aspects importants de la vision du monde d'une femme et façonner ce qu'elle vivra comme une expérience sécuritaire. Par exemple, une Juive orthodoxe pourrait ne pas être en mesure d'avoir accès à un refuge si des aliments cascher ne sont pas disponibles. Une Autochtone qui a des antécédents de traumatismes intergénérationnels pourrait bénéficier de services autochtones pour l'aider à se rétablir.

L'une des principales tâches de la thérapie est d'apprendre à tolérer et à connaître ses sentiments.

Les femmes qui ont été traumatisées ont souvent beaucoup de mal à prêter attention à leurs sensations et à leurs perceptions intérieures et, lorsqu'on les interroge à ce sujet, peuvent être accablées ou nier avoir pris conscience de leurs expériences intérieures. Apprendre qu'on peut avoir des sentiments sans avoir peur est une tâche importante. Une femme doit croire qu'elle peut dépendre d'elle-même et acquérir et utiliser des compétences qui assureront sa sécurité et sa stabilité.

Durant toutes les phases du rétablissement après un traumatisme, il peut arriver que des sentiments accablants ou d'autres réactions traumatiques réapparaissent et présentent une menace pour la stabilité et la sécurité.

La tâche du conseiller ou de la conseillère est de collaborer avec une femme pour élaborer un plan de services qui correspond à ses besoins et à ses aptitudes, y compris ses besoins de soutien variables. Si une femme veut participer à la phase suivante du traitement spécifique aux traumatismes, au cours de laquelle un travail plus direct avec des souvenirs et l'affect douloureux sera réalisé, le conseiller ou la conseillère devrait travailler avec elle pour évaluer ses capacités affectives et cognitives par rapport à un travail plus intensif sur les traumatismes.

« Étant donné que les tâches du premier stade du rétablissement sont ardues et exigeantes, la patiente et le ou la thérapeute essaient souvent de les éviter. Il est souvent tentant d'ignorer l'obligation de la sécurité et de se précipiter dans les stades plus avancés du travail thérapeutique. Bien que l'erreur thérapeutique la plus courante soit l'évitement du contenu portant sur les traumatismes, la deuxième erreur la plus courante est probablement un engagement prématuré ou précipité dans des travaux exploratoires, sans prêter suffisamment attention aux tâches visant à assurer la sécurité et à former une alliance thérapeutique. »¹⁶

Deuxième phase – Souvenirs et deuil

Au cours de cette phase du rétablissement après un traumatisme, on crée un espace pour que les femmes racontent leur vécu sur leurs expériences traumatiques et commencent à assimiler ces expériences.

Le processus visant à faire le récit de ses expériences traumatiques permet à une femme de reconnaître que ces expériences font partie de sa propre histoire, au lieu d'être des souvenirs perturbateurs et d'entraîner un affect détaché. Durant cette phase, le travail consiste à donner la possibilité de pleurer des pertes et d'éprouver du désespoir par rapport au fait d'avoir vécu des traumatismes, et d'en faire le deuil. Certaines femmes commencent à envisager et à créer l'avenir avec espoir. La sécurité demeure un objectif principal intégral.

« J'ai commencé à consommer des drogues et de l'alcool quand j'avais treize ans. Je trouvais que c'était la seule façon de composer avec le tempérament de ma mère, et cela a aidé à atténuer la colère et la tristesse, mais maintenant, je suis vraiment perturbée. Les souvenirs sont toujours là, ainsi que les sentiments que j'avais à l'âge de treize ans, mais j'ai quarante-deux ans. »¹⁷

Le travail accompli dans la deuxième phase implique ce qui suit :

- faire face aux répercussions des expériences traumatiques;
- traiter et assimiler des expériences traumatiques;
- pleurer et faire le deuil;
- déconstruire des croyances négatives;
- développer d'autres systèmes de croyances qui améliorent la vie;
- tenir compte des réactions post-traumatiques et les traiter;
- comprendre qu'elles ne sont pas à l'origine de la violence et rejeter la responsabilité de la violence là où il se doit;
- prêter attention aux aspects relationnels intenses de la relation thérapeutique;
- continuer à faire passer au premier plan la sécurité et la stabilité intérieures et extérieures.

Les conseillers ou conseillères ne doivent jamais sous-estimer les défis auxquels une femme peut être confrontée pour retrouver la mémoire.

Étant donné que la mémoire est profondément touchée par les expériences traumatiques, les récits d'une femme sur ce qui s'est produit peuvent venir de manière décousue, fragmentée ou confuse. Souvent, on ne se souvient pas des expériences de traumatismes comme d'une histoire entière, elles s'inscrivent plutôt « dans l'esprit et le cerveau comme des images, des sons, des odeurs, des sensations et des représentations physiques. »¹⁸

Le conseiller ou la conseillère devrait posséder des connaissances sur la façon dont la mémoire est touchée par les traumatismes.

Le processus de rétablissement implique de prendre conscience de ce dont on peut se souvenir et d'accepter que le récit est peut-être incomplet. La tâche du conseiller ou de la conseillère est d'aider la femme à réunir les fragments et à relever les ambiguïtés, et à les organiser tendrement pendant qu'elle travaille à constituer l'ensemble de son expérience.

Le chagrin et la perte sont des aspects intégraux de cette phase de traitement, car la femme fait face aux pertes qu'elle a connues.

Par exemple, une femme qui a été victime de violence pendant son enfance peut pleurer la perte de son innocence et de sa stabilité de son enfance; elle peut également avoir du mal à faire face à la réalité que ses parents, ou d'autres en situation de pouvoir et d'autorité, étaient violents ou négligents. Le deuil de ses pertes peut être profond et conduire à une période d'équilibre affectif moindre qui exigera de la compassion et du travail pour rétablir la sécurité.

Les expériences traumatisantes sont une violation de soi; à ce titre, elles peuvent nuire à la capacité de nouer des attachements sains et d'entretenir des relations de confiance sécuritaires.

Les difficultés avec les relations et les limites peuvent se présenter dans beaucoup de relations, y compris la relation thérapeutique, et avoir des répercussions puissantes. Certaines femmes peuvent avoir des limites rigides qui les rendent incapables d'établir des rapports véritables avec autrui; d'autres peuvent avoir du mal à établir les limites nécessaires pour se protéger adéquatement contre les personnes et les relations à risque.

Le conseiller ou la conseillère devrait aider la femme à se renseigner sur les limites saines.

Le conseiller ou la conseillère travaille avec la femme pour qu'elle puisse reconnaître les caractéristiques des autres qui sont de l'exploitation ou de la violence potentielles. Certaines femmes testent les limites du conseiller ou de la conseillère; par exemple, une femme peut lui demander sans cesse le numéro de téléphone à domicile et éprouver beaucoup de difficulté à comprendre les limites de la relation d'aide. Il est important de répondre avec clarté, respect et compassion à un tel test, puisqu'une femme apprend de nouvelles façons d'être dans une relation qui permet à la fois l'intimité et l'autonomie.

Fournir des services spécifiques aux traumatismes peut comporter de nombreux défis pour le conseiller ou la conseillère.

Dans une relation thérapeutique, il faut prêter attention aux aspects uniques du transfert de sentiments et du contre-transfert uniques. Par exemple, il peut être déconcertant, pour un conseiller ou une conseillère, d'entendre les questions posées par des femmes qui ont vécu des traumatismes pour essayer de déterminer si le conseiller ou la conseillère croit ce qu'elles disent au sujet de leurs expériences de traumatismes.

*« Durant cette phase, la révélation sécuritaire et à caractère introspectif de souvenirs traumatiques et des réactions qui leur sont associées sous la forme d'un récit autobiographique élaboré progressivement et cohérent est la principale tâche. »*¹⁹

Le conseiller ou la conseillère devra prendre conscience du fait qu'une telle question de la part d'une femme peut avoir plusieurs significations. La question peut découler de messages de son passé qui minimisaient ou niaient les traumatismes, mais elle peut également refléter ses incertitudes quant à ses souvenirs ou à ses expériences de dissociation. Il faut être sensible aux nombreuses possibilités qui émergent de ce type de questions et gérer ses propres réactions face aux expériences d'une femme. Pour en savoir plus sur la relation thérapeutique, voir le **chapitre 7**. Voici deux sources de renseignements détaillés sur le transfert de sentiments et le contre-transfert :

- Pearlman L.A. et Saakvitne K.W. (1995). *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York : W.W. Norton & Company²⁰
- Chu, J.A. (1998). *Rebuilding Shattered Lives: The Responsible Treatment of Complex Post-Traumatic and Dissociative Disorders*. New York : John Wiley & Sons, Inc. « *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors* » et « *Rebuilding Shattered Lives: The Responsible Treatment of Complex Post-Traumatic and Dissociative Disorders* ». ²¹

Troisième phase – Rétablissement de liens

Au cours de cette phase, la femme poursuit son rétablissement continu en se concentrant particulièrement sur le rétablissement de liens avec tout son être – son esprit, son cœur et son corps.

Cela comprend le rétablissement de liens sociaux constructifs et le rétablissement du sens et de l'espoir. Le travail est orienté vers le présent et l'avenir et comprend :

- une plus grande assimilation des expériences traumatiques afin qu'elles n'aient plus la même emprise sur sa vie quotidienne;
- l'engagement d'avancer dans sa vie de manière significative pour elle (par exemple, chercher un logement stable, ou faire les démarches pour retrouver la garde de son ou ses enfants – d'autres femmes peuvent poursuivre des objectifs d'emploi);
- l'évaluation des possibilités futures pour une vie exempte de l'emprise des traumatismes;
- la confiance dans sa capacité d'être en sécurité et de faire des choix pour sa vie dans un espace sans danger;
- le développement de la résilience pour relever les défis imprévus de la vie;
- l'établissement de liens ou le rétablissement de liens avec les croyances spirituelles et les groupes culturels;
- la possibilité de participer à sa communauté de manière significative (par exemple, se joindre à un groupe d'éducation familiale ou s'inscrire à un cours de yoga au centre communautaire local);
- l'examen de la possibilité de se joindre à d'autres personnes pour faire face aux réalités sociales et politiques qui contribuent à la violence d'autrui.

À mesure que les femmes entrent dans cette phase de travail, elles sont de plus en plus capables d'avancer dans la vie de manière intégrée.

L'objectif est que les expériences de traumatismes tombent dans l'oubli, au lieu de perturber leurs expériences quotidiennes. Les femmes peuvent commencer à se sentir plus dynamiques et plus ouvertes à de nouvelles possibilités pour leur vie. Par exemple, une femme peut s'engager à trouver un nouveau lo-

gement qui reflète son engagement envers elle-même et les changements qu'elle est en train de faire. D'autres peuvent chercher du travail, faire les démarches et les gestes pour rétablir la relation avec leur(s) enfant(s), s'engager à prendre des repas sains ou peut-être reprendre leurs études afin de poursuivre leurs objectifs de formation ou professionnels.

Les femmes constatent qu'elles ont renforcé leur pouvoir d'agir lorsqu'elles sont capables de faire des choix de vie qui sont intentionnels et réalisables.

De plus en plus, les femmes pourront réfléchir sur elles-mêmes, sur leur expérience et leur avenir avec espoir.

Bien que les femmes puissent affronter de nouveaux défis ou de nouvelles difficultés, elles ont généralement confiance dans leurs capacités de pouvoir les négocier efficacement.

Le conseiller ou la conseillère favorise la confiance d'une femme dans sa capacité de relever de nouveaux défis, tout en soulignant l'importance de chercher de l'aide et du soutien, au besoin. Certaines femmes trouveront qu'il est bénéfique d'établir des liens avec le conseiller ou la conseillère – par exemple, dans une séance de rappel –, en sachant que reconnaître qu'on a besoin d'aide est un signe de force.

Au cours de la troisième phase, une femme peut bénéficier d'une thérapie conjugale ou familiale.

Cela l'aidera à rétablir ou à établir des relations de couple ou familiales. Beaucoup de femmes trouvent également qu'il est utile de recourir à des thérapies expressives et artistiques au cours de cette phase de leur rétablissement.

Le travail en équipe est particulièrement efficace et utile à ce stade.

Des liaisons et des liens avec des ressources communautaires sont nécessaires pour aider les femmes à répondre aux changements qu'elles envisagent et effectuent. Des groupes animés par des pairs peuvent être utiles, à mesure que les femmes font la transition vers une plus grande indépendance et une plus grande force.

Évaluation en vue des services spécifiques aux traumatismes

Pour aiguiller une femme vers des services spécifiques aux traumatismes, il faut évaluer la nature et la gravité des événements traumatiques, l'effet de ces événements et les réactions traumatiques actuelles, ainsi que reconnaître la relation entre le traumatisme et les problèmes de consommation de substances.

L'évaluation en vue de services spécifiques aux traumatismes devrait miser sur la sécurité et la confiance établies avec le fournisseur ou la fournisseuse de services.

Le processus de l'évaluation devrait permettre à la femme et au conseiller ou à la conseillère d'établir une compréhension commune du rôle que le traumatisme a joué sur sa vie et de prendre conscience des ressources, des compétences, des forces et des stratégies d'adaptation de la femme. Le processus de l'évaluation devrait aussi aider à déterminer en quoi certaines réactions et adaptations traumatiques peuvent avoir entravé le développement de la femme. Par exemple, une femme qui a été violée à plusieurs reprises durant l'enfance peut s'être adaptée à ce traumatisme par la dissociation. Mais à un stade ultérieur de sa vie, alors qu'elle n'est plus en danger d'être violée, la dissociation peut entraîner des conséquences négatives.

Le processus de l'évaluation devrait être une collaboration entre la femme et le fournisseur ou la fournisseuse de services.

La tâche du conseiller ou de la conseillère consiste à décrire les trois phases du traitement et à mentionner explicitement que la sécurité est la base essentielle du travail thérapeutique qui permet de travailler sur les traumatismes et la consommation de substances. La femme doit comprendre que le cheminement ne se déroule pas nécessairement en suivant linéairement ces trois phases, mais qu'il commence toujours par la première phase. Elle doit aussi savoir que le cheminement de chaque femme est unique et qu'il n'y pas de méthode « correcte » pour se rétablir des répercussions de son traumatisme et de sa consommation de

substances. Il peut être utile de lui mentionner que certaines femmes trouvent que la première phase est la plus utile et décident de ne pas faire la deuxième ou la troisième phase. Il faut lui assurer qu'on s'engage à établir un plan, en collaboration avec elle, pour répondre à ses besoins et l'aider.

Le conseiller ou la conseillère doit donner des renseignements explicites sur les services spécifiques aux traumatismes offerts par l'organisme.

Le conseiller ou la conseillère devra donner des renseignements explicites sur la phase de traitement envisagée. La femme est incitée à faire part de ses expériences, du mieux qu'elle le peut, et à travailler avec le conseiller ou la conseillère pour déterminer ses besoins en services, de même que toute autre ressource. En cas de collaboration avec d'autres organismes dans la vie de la femme, le conseiller ou la conseillère doit s'assurer qu'elle a donné un consentement éclairé et comprend bien quels renseignements précis seront partagés.

Évaluation pour les services de la première phase

femmes à commencer à se rétablir de leurs expériences traumatiques.

Le conseiller ou la conseillère doit mentionner que le but premier de cette phase est de travailler sur l'établissement de la sécurité et sur la stabilisation. Cela signifie qu'on accordera une grande importance à l'autogestion des soins, à la planification de la sécurité, à la compréhension des liens entre les traumatismes et la consommation de substances, à l'éducation sur les répercussions d'un traumatisme, au développement des stratégies, comme des techniques sur la conscience de l'ici-maintenant pour gérer les émotions, et à des mesures d'aide à utiliser lors des situations difficiles ou des crises.

Le conseiller ou la conseillère devrait expliquer que la première phase du traitement exige de parler des expériences traumatiques.

Il faudra aussi expliquer à la femme que cela est nécessaire pour qu'elle parvienne à comprendre que

les expériences traumatiques font partie de sa vie, qu'elles ont eu des répercussions néfastes sur sa vie et que sa consommation de substances peut être associée à son traumatisme. Lors de l'évaluation, il est particulièrement utile que le conseiller ou la conseillère dise à la femme que l'organisme et le personnel savent que les traumatismes et la consommation de substances sont reconnus pour être étroitement associés et qu'il s'agit d'une expérience fréquente parmi les femmes qui reçoivent des services de l'organisme.

« Pour [qu'une femme] participe à des services spécifiques aux traumatismes, [elle] doit avoir conscience de ses antécédents traumatiques et reconnaître que ses symptômes actuels sont les séquelles de ce traumatisme. »²²

Le conseiller ou la conseillère doit posséder de la sensibilité et des compétences chevronnées sur les traumatismes, afin de demander à la femme de parler de ses expériences traumatiques tout en évitant, à ce stade de l'évaluation, de trop en dire.

Le conseiller ou la conseillère devrait dire à la femme que, puisque la première phase des services porte sur la sécurité et la stabilisation, l'évaluation ne demande pas de précisions détaillées sur le traumatisme. À ce stade, l'endiguement peut s'avérer difficile, car beaucoup de femmes n'ont jamais eu la possibilité d'être entendues et crues. Elles pourraient trouver difficile de se voir imposer des limites sur la divulgation de leurs expériences traumatiques. L'évaluation s'avère donc une excellente occasion de pratiquer des techniques d'endiguement et de conscience d'ici-maintenant avec la femme.

La femme doit être assurée qu'il n'est pas nécessaire de tout raconter pour obtenir les services.

Le conseiller ou la conseillère devrait préparer la femme à la possibilité que des limites s'appliquent au degré de divulgation de ses expériences traumatiques durant les sessions de groupe ou individuelles de la première phase. Il est utile d'expliquer à la femme qu'il pourrait être très pénible, émotionnellement, de

donner trop de détails sur ses expériences traumatiques. Avant d'avoir acquis les compétences d'adaptation suffisantes, la divulgation des détails peut déstabiliser la femme, lui faire subir des cauchemars ou augmenter sa consommation de substances. Najavits souligne que « [les femmes] qui en sont au début du rétablissement n'ont pratiquement jamais conscience de l'ampleur des répercussions de la divulgation d'un traumatisme ». ²³ Elle indique que certaines questions, comme « Est-ce que vous trouvez qu'il est sécuritaire de continuer d'en parler? » ou « Quel effet cela vous fait-il de me parler de cela? », peuvent permettre d'évaluer la sécurité et aider à endiguer. ²⁴ Elle ajoute que la responsabilité d'évaluer la sécurité revient principalement au conseiller ou à la conseillère.

Évaluation pour les services de la deuxième ou de la troisième phase

Lorsqu'on envisage qu'une femme participe aux services de la deuxième ou de la troisième phase, il faut procéder à une évaluation plus détaillée. Le conseiller ou la conseillère doit suivre les étapes ci-dessous.

- 1. Préparer** une femme à l'évaluation en l'informant que le but de l'évaluation est d'établir une compréhension mutuelle de ses expériences traumatiques, au rythme qui lui convient pour en parler; de déterminer les répercussions du traumatisme sur sa vie; et de connaître ses forces et ses aptitudes à l'adaptation. Ce travail préliminaire permettra de prendre une décision judicieuse au sujet des services de la deuxième ou de la troisième phase.
- 2. Rassurer** la femme. Même si les questions peuvent lui faire vivre des émotions pénibles, elle peut décider en tout temps de ne pas y répondre. Le but est de l'aider à recevoir les services dont elle a besoin et de se sentir en contrôle.
- 3. Recourir à un langage direct et franc**, pour éviter la confusion et aider la femme à nommer et à déterminer les expériences traumatiques. Cela est essentiel, parce qu'on a souvent enseigné aux femmes de normaliser ou de minimiser les agres-

sions sexuelles ou la violence physique. Par exemple, on peut avoir dit à une femme que les agressions sexuelles qu'elle a subies durant son enfance faisaient partie de son éducation ou que la violence physique était une punition nécessaire en raison de sa « mauvaise conduite ».

4. **Déterminer la capacité d'une femme à tolérer la discussion** sur la nature du traumatisme subi; aborder avec sensibilité ce qui est arrivé, comme elle l'a vécu, quelles ont été les répercussions sur elle et sur sa relation avec la personne responsable du traumatisme, mais sans trop entrer dans les détails.
5. **Poser des questions sur les éléments déclencheurs actuels** ou les facteurs de stress qui sont des réactions traumatiques. Lui demander des précisions sur ces éléments et ces facteurs, ainsi que sur la façon dont elle s'en sort à ces moments-là. L'aider avec des plans concrets, au besoin.
6. **Déterminer ses forces** et ses stratégies d'adaptation, pour l'aider à réfléchir à comment elles l'ont aidée dans le passé et à évaluer si les stratégies sont toujours efficaces. Est-ce qu'elles pourraient plutôt créer des difficultés, présentement? De quelle manière?
7. **Poser des questions sur ses plans actuels pour se rétablir** de sa consommation de substances et sur son degré de confiance par rapport à la réussite de ces plans.
8. **Parler des personnes de son réseau social** et déterminer s'il s'agit de relations sûres et dignes de confiance.
9. **Demeurer à l'affût** de tous les indices verbaux et non verbaux indiquant que les questions pourraient entraîner de la détresse. Au besoin, utiliser des techniques pour créer la conscience de l'ici-maintenant et stabiliser, afin de redonner le sentiment d'être en sécurité et de reconforter. Au besoin, reporter le reste de l'évaluation à un autre moment.

10. **Poser des questions sur la participation d'autres professionnels et professionnelles de la santé** et lui demander si elle est disposée à donner la permission de communiquer avec eux pour qu'ils et elles soutiennent son rétablissement.

11. **Donner des renseignements clairs** sur les services que la femme obtiendra dans l'organisme et établir un plan déterminant sa participation et les soins qu'elle recevra, en collaboration avec elle.

Étapes suivantes de la mise sur pied de services spécifiques aux traumatismes

Ce chapitre présente des renseignements de base sur les éléments et les exigences des services spécifiques aux traumatismes. Les organismes qui souhaitent mettre sur pied de tels services devraient faire des recherches pour en savoir plus sur les modèles reposant sur les données tangibles et les ressources nécessaires à leur mise en œuvre.

Plusieurs modèles sur le traitement des femmes qui ont vécu des traumatismes ont été élaborés et ont fait leurs preuves. Ils exigent une formation et une supervision spécialisées. Pour en savoir plus sur les modèles et la formation, voir les sites Web de l'International Society for Traumatic Stress Studies, à www.istss.org, ou de l'International Society for the Study of Trauma and Dissociation, à www.isst-d.org. L'annexe C décrit brièvement plusieurs modèles.

Notes de fin de chapitre

Pour la référence complète, voir l'annexe B

- 1 Harris et Fallot, 2001
- 2 Weine et coll., 2002
- 3 Courtois et Gold, 2009
- 4 Ibid.
- 5 Van Wyk et Bradley, 2007
- 6 McFarlane et Yehuda, 1996
- 7 Courtois, 2004
- 8 Najavits, 2001
- 9 Ibid.
- 10 Courtois, 2004
- 11 Ibid
- 12 Najavits, 2001
- 13 Davidson et van der Kolk, 1996
- 14 Najavits, 2001
- 15 Herman, 1992
- 16 Ibid.
- 17 Femme avec « de l'expérience vécue », citée dans la trousse Trauma-Informed Toolkit de Klinik, 2008
- 18 Van der Kolk et Bessel, 2009
- 19 Courtois, 2009
- 20 Pearlman et Saakvitne, 1995
- 21 Chu, 1998
- 22 Harris et Fallot, 2001
- 23 Najavits, 2001
- 24 Ibid.

Annexe A

Résumé des lignes directrices

Cette annexe est une liste regroupant toutes les lignes directrices mentionnées dans le document.

Lignes directrices du chapitre 6 « Les services dont les pratiques tiennent compte des traumatismes vécus LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LA RECONNAISSANCE

LIGNE DIRECTRICE N° 1

Les points de premier contact sont examinés et transmettent une approche qui tient compte des traumatismes.

Indicateurs suggérés

- Le site Web de l'organisme est formulé dans un langage qui tient compte de traumatismes et indique que le personnel a recours à des pratiques qui tiennent compte des traumatismes.
- La totalité des renseignements imprimés et disponibles publiquement au sujet de l'organisme a été révisée, pour veiller à ce que les documents utilisent un langage qui tient compte des traumatismes et présentent des indicateurs de pratiques tenant compte des traumatismes.
- Les messages des boîtes vocales et tous les premiers contacts téléphoniques réalisés avec des femmes utilisent un langage qui tient compte des traumatismes et présentent des indicateurs de pratiques tenant compte des traumatismes.

LIGNE DIRECTRICE N° 2

Le personnel non clinique qui a des premiers contacts avec les femmes a le soutien qui lui permet de réagir de façon appropriée.

Indicateurs suggérés

- Le personnel non clinique (réception, autres tâches) reçoit la formation qui lui permet de comprendre les liens entre la consommation de substances et les traumatismes.
- On a rédigé des scénarios pour veiller à ce que les conversations de ce personnel avec les femmes tiennent compte des traumatismes et utilisent un langage qui tient compte des traumatismes.
- Pour appuyer le personnel non clinique et lui permettre de s'exercer et de perfectionner les compétences et aptitudes qui tiennent compte des traumatismes, on a mis un mécanisme permanent en place.

LIGNE DIRECTRICE N° 3

Les procédures d'évaluation sont adaptées, afin de comprendre un dépistage qui tient compte des traumatismes.

Indicateur suggéré

- Les évaluations ont été adaptées, afin de comprendre des processus systématiques de dépistage des traumatismes.

LIGNE DIRECTRICE N° 4

Un processus d'autoévaluation est élaboré, pour permettre au personnel de déterminer sa capacité à travailler avec efficacité auprès des femmes qui ont vécu des traumatismes.

Indicateurs suggérés

- Dans ces situations, des membres du personnel clinique sont désignés à titre de personnes-ressources à qui

il faut s'adresser à l'interne.

- Les cliniciens et cliniciennes, les conseillers et conseillères, ainsi que le personnel affecté à la programmation ont la possibilité de réfléchir à des limitations personnelles qui peuvent nuire à leur efficacité auprès des femmes ayant vécu des traumatismes.

LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LA SÉCURITÉ

LIGNE DIRECTRICE N° 5

On évalue l'espace physique en tenant compte des traumatismes.

Indicateurs suggérés

- La signalisation de l'organisme est accueillante, présente des renseignements qui tiennent compte des traumatismes et fait montre de sensibilité culturelle.
- On fournit des articles de réconfort.
- On fournit des espaces privés au besoin. Ces espaces sont surveillés pour en assurer la sécurité.

LIGNE DIRECTRICE N° 6

Toutes les activités du service ont été examinées pour veiller à ce qu'elles soient accueillantes, claires et uniformes.

Indicateurs suggérés

- Les heures des rendez-vous sont constantes et uniformes.
- Les renseignements sur les programmes sont clairs. On répond rapidement aux questions des femmes.

LIGNE DIRECTRICE N° 7

Les contacts préliminaires avec les femmes ne se contentent pas de réunir des renseignements.

Indicateurs suggérés

- On présente les femmes à d'autres membres du personnel, tout en mentionnant explicitement ceux et celles qui seront présents lors de la prestation de services.
- Les protocoles de confidentialité sont clairement expliqués. On répond rapidement aux questions des femmes.

LIGNE DIRECTRICE N° 8

Les cliniciens, les cliniciennes et les autres membres du personnel ont examiné les pratiques, pour qu'elles garantissent la sécurité émotionnelle.

Indicateur suggéré

- Le personnel transmet la sécurité émotionnelle grâce à la confiance, au choix et au contrôle, aux approches fondées sur la relation et la collaboration, ainsi qu'aux modalités du renforcement du pouvoir d'agir reposant sur les forces.

LIGNE DIRECTRICE N° 9

Les cliniciens, les cliniciennes et les autres membres du personnel s'assurent que la question de la sécurité est abordée chaque fois que l'occasion se présente.

Indicateurs suggérés

- Pour veiller à ce que la sécurité soit un sujet de discussion fondamental, le personnel a revu les politiques et les procédures et a assisté à des sessions d'orientation et de formation.
- On a rédigé un énoncé sur les « droits et responsabilités » concernant la sécurité des clientes. Cet énoncé est largement diffusé.
- On demande aux femmes de parler de leurs besoins en matière de sécurité et on donne suite à leurs préoccupations ou à leurs suggestions.

- Les clientes participent aux discussions sur la sécurité et comprennent bien les « droits et responsabilités ».

LIGNE DIRECTRICE N° 10

Les cliniciens, les cliniciennes et les autres membres du personnel sont à l'aise par rapport aux réactions traumatiques.

Indicateur suggéré

- Lors des réactions traumatiques, le personnel fait preuve d'empathie, en adoptant une attitude calme et respectueuse.

LIGNE DIRECTRICE N° 11

Les cliniciens, les cliniciennes et les autres membres du personnel ont revu leurs pratiques, pour s'assurer qu'elles tiennent compte de la sécurité culturelle.

Indicateur suggéré

- Les conversations et les aiguillages ou liens avec d'autres organismes sont appropriés sur le plan culturel.

LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LA CONFIANCE

LIGNE DIRECTRICE N° 12

Chaque femme est bien renseignée sur la prestation des services.

Indicateurs suggérés

- Chaque femme obtient une description claire des services et comprend les critères d'admission, les heures et la durée de l'engagement.
- Le concept du consentement éclairé a été expliqué à fond.
- Le personnel vérifie souvent auprès des femmes qu'elles se sentent à l'aise et veille à ce qu'elles comprennent bien la prestation des services.
- Le personnel demande aux femmes si elles ont des questions et veillent à ce qu'on donne suite à leurs préoccupations ou suggestions.

LIGNE DIRECTRICE N° 13

Les cliniciens, les cliniciennes et les autres membres du personnel ont un comportement constant et uniforme dans toutes les interactions avec les femmes.

Indicateurs suggérés

- Les buts et les tâches sont précisés.
- Les promesses faites aux femmes sont toujours tenues.
- Les heures de rendez-vous sont planifiées de manière constante et uniforme.

LIGNE DIRECTRICE N° 14

Des lignes directrices sur les limites ont été élaborées et explicitement transmises.

Indicateurs suggérés

- Les membres du personnel comprennent les limites du contact physique et émotionnel avec les femmes et se comportent en conséquence.
- Les membres du personnel reconnaissent les limites de l'autodivulgence et se comportent en conséquence.
- Les membres du personnel comprennent les limites de leurs contacts paraprofessionnels avec les femmes qui sont des clientes (dont la présence à des groupes d'autoassistance) et se comportent en conséquence.
- Si des membres du personnel participent aux mêmes groupes d'autoassistance que des femmes qui sont clientes, on a établi des lignes directrices sur ces rencontres, tant à l'intention des femmes que du personnel, et ces lignes directrices sont respectées.

- Les membres du personnel ont expliqué aux femmes la nature et la portée de leurs interactions avec elles. Ils ont décrit les limites qui s'appliquent à eux et aux femmes, y compris lors des interactions après le contact clinique.

LIGNE DIRECTRICE N° 15

Les limites de la confidentialité et les politiques de l'organisme sur la tenue des dossiers ont été clairement expliquées.

Indicateurs suggérés

- Les membres du personnel décrivent clairement aux femmes les occasions où les renseignements seront divulgués sans leur consentement.
- Les membres du personnel décrivent aux femmes les renseignements qui seront réunis et leur donnent la possibilité de poser des questions et de refuser de donner des renseignements.
- Les membres du personnel décrivent aux femmes à quel endroit les dossiers sont conservés et pour combien de temps.

LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LE CHOIX ET LE CONTRÔLE

LIGNE DIRECTRICE N° 16

La prestation des services a été élaborée afin d'intégrer diverses mesures des progrès.

Indicateurs suggérés

- Les buts et processus des traitements ne se limitent pas à l'abstinence.
- On offre une gamme d'options concernant les possibilités de counseling et de services.
- Les écarts et les rechutes sont considérés comme des événements dont on peut tirer des leçons pour déterminer les éléments déclencheurs et trouver d'autres façons d'y résister.

LIGNE DIRECTRICE N° 17

Des membres du personnel féminins sont disponibles à tous les postes de prestation de services.

Indicateurs suggérés

- Des membres du personnel féminins sont disponibles à tous les postes de services cliniques, d'activités de programme et de services de soutien dans les résidences, tant le jour que la nuit.
- Seuls des membres du personnel féminins vérifient la présence dans les chambres.
- Des membres du personnel clinique féminins sont disponibles pour des sessions de counseling individuelles.
- Des membres du personnel clinique féminins animent les groupes réservés aux femmes ou les sessions à l'intention des femmes.
- Des membres du personnel clinique féminins animent ou coaniment les groupes mixtes.

LIGNE DIRECTRICE N° 18

Les cliniciens et les cliniciennes ont élaboré des mécanismes pour consulter les femmes qui ont vécu des traumatismes.

Indicateur suggéré

- On sollicite les rétroactions des femmes qui ont vécu des traumatismes au moyen d'échanges informels, d'évaluations formelles et de groupes de réflexion, ou en les faisant participer à un comité consultatif, et en leur offrant l'anonymat.

LIGNE DIRECTRICE N° 19

Les cliniciens et les cliniciennes s'assurent que les femmes peuvent demander des changements aux processus, aux politiques et aux procédures.

Indicateur suggéré

- Les rétroactions obtenues par diverses méthodes éclairent les programmes et la prestation des services d'ordre général.

LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LES APPROCHES FONDÉES SUR LA RELATION ET LA COLLABORATION

LIGNE DIRECTRICE N° 20

Les cliniciens et les cliniciennes ont la possibilité de cultiver des relations thérapeutiques.

Indicateur suggéré

- L'organisme accepte que le personnel clinique prenne le temps qu'il faut pour établir des relations fondées sur la confiance avec les femmes qui ont vécu des traumatismes.

LIGNE DIRECTRICE N° 21

La collaboration entre les femmes et le personnel clinique est favorisée.

Indicateurs suggérés

- On offre des choix aux femmes concernant leur expérience de services.
- Les femmes qui en sont aux étapes de l'avant-prise de conscience et de la prise de conscience sont soutenues jusqu'à ce qu'elles soient prêtes à passer aux étapes de la préparation et de l'action.
- On donne aux femmes la possibilité de participer activement et de contribuer à la détermination de leurs besoins lors de la planification d'un traitement.

LIGNE DIRECTRICE N° 22

On encourage la flexibilité dans le milieu et au sujet des processus.

Indicateur suggéré

- Les activités courantes, les procédures normales et l'espace physique sont adaptés lorsque des femmes indiquent, verbalement ou par leur langage corporel, qu'elles ne sont pas à l'aise avec la situation actuelle.

LIGNES DIRECTRICES CONCERNANT LES MODALITÉS DU RENFORCEMENT DU POUVOIR D'AGIR REPOSANT SUR LES FORCES

LIGNE DIRECTRICE N° 23

La prestation des services et le counseling intègrent une gamme complète de compétences visant le renforcement du pouvoir d'agir.

Indicateur suggéré

- Les cliniciens, les cliniciennes et les autres membres du personnel comprennent et transmettent les compétences nécessaires pour que les femmes qui ont vécu des traumatismes puissent renforcer leur pouvoir d'agir.

LIGNE DIRECTRICE N° 24

Les rétroactions des femmes sont intégrées au processus du renforcement du pouvoir d'agir.

Indicateur suggéré

- On sollicite les rétroactions des femmes qui ont vécu des traumatismes au moyen d'échanges informels, d'évaluations formelles et de groupes de réflexion, ou en les faisant participer à un comité consultatif.

LIGNE DIRECTRICE N° 25

On trouve un équilibre entre les changements à la consommation de substances et la réduction des réactions traumatiques.

Indicateur suggéré

- On encourage les petites étapes dans les changements à apporter à la consommation de substances, afin de minimiser le potentiel de réactions traumatiques.

LIGNE DIRECTRICE N° 26

Tous les aspects de la programmation sont formulés selon un langage qui vise à renforcer le pouvoir d'agir.

Indicateurs suggérés

- Après avoir fait une tournée de l'environnement, on retire tout le matériel (affiches, dépliants, autres documents imprimés) qui contient des messages qui sont punitifs ou qui donnent des ordres.
- Les feuillets d'information, les manuels et d'autres documents imprimés ont été revus pour comprendre un langage qui vise à renforcer le pouvoir d'agir.
- Les politiques des programmes, dont celles sur les écarts et les rechutes, ne comportent pas de conséquences punitives.
- Les programmes sont axés sur l'apprentissage et le changement graduel. Ils ne prévoient pas de conséquences punitives lors des écarts ou des rechutes des femmes.

LIGNES DIRECTRICES POUR LE PERFECTIONNEMENT DU PERSONNEL

LIGNE DIRECTRICE N° 27

L'organisme s'assure a) que les descriptions de tâches reflètent les compétences des pratiques tenant compte des traumatismes, conformément aux rôles professionnels et b) de communiquer clairement ces exigences à son personnel.

Indicateurs suggérés

- Les descriptions de tâches indiquent clairement les exigences en matière d'éducation, de connaissances et d'expertise pour les pratiques tenant compte des traumatismes. Chaque membre du personnel possède une copie de sa description de tâches.
- Le rendement est régulièrement surveillé et évalué, pour vérifier si les exigences ont été remplies.
- L'organisme soutient le nouveau personnel et le personnel existant pour ce qui est d'obtenir l'éducation et la formation nécessaires pour acquérir et maintenir les compétences requises.
- L'organisme communique clairement ses attentes sur la participation du personnel à des séances d'éducation et de formation.

LIGNE DIRECTRICE N° 28

Les politiques et les pratiques de l'organisme soutiennent le recrutement et l'embauche de personnel ayant des compétences en matière de pratiques tenant compte des traumatismes.

Indicateur suggéré

- Les processus et procédures de recrutement, les questions d'entrevue, l'échelle de classement et les exigences du poste tiennent compte des connaissances et des habiletés en matière de pratiques tenant compte des traumatismes à titre d'exigences clés de l'emploi.

LIGNES DIRECTRICES POUR L'ÉDUCATION ET LA FORMATION DU PERSONNEL

LIGNE DIRECTRICE N° 29

L'organisme offre de l'éducation et une formation de base sur les traumatismes à l'ensemble du personnel, et sur la façon dont les pratiques tenant compte des traumatismes seront utilisées dans son travail.

Indicateurs suggérés

- L'organisme offre de l'éducation et de la formation pour veiller à ce que l'ensemble du personnel possède les connaissances de base sur les traumatismes et sur leurs répercussions, y compris les interrelations entre les traumatismes et la consommation de substances.
- L'éducation et la formation de base permettent à l'ensemble du personnel de comprendre l'importance de la sécurité et de la confiance au sein de l'environnement organisationnel (p. ex., les éléments déclencheurs, les réactions traumatiques, les limites, la confidentialité, le harcèlement sexuel).

LIGNE DIRECTRICE N° 30

L'organisme offre une formation approfondie sur les traumatismes au personnel de services de première ligne, et sur la façon dont les pratiques tenant compte des traumatismes seront utilisées dans son travail.

Indicateurs suggérés

- L'organisme offre une formation approfondie qui permet au personnel de services de première ligne (cliniciens et cliniciennes, et personnel des programmes) de bien comprendre la façon dont les pratiques tenant compte des traumatismes devraient être utilisées lors de l'élaboration de nouveaux programmes et services et les modifications à apporter aux services déjà en place.
- Le personnel de services de première ligne reçoit de la formation qui lui permet de déterminer les réactions traumatiques et d'aider les femmes à les gérer, y compris les habiletés et techniques nécessaires (p. ex., conscience de l'ici-maintenant).

LIGNE DIRECTRICE N° 31

L'organisme offre de l'éducation et de la formation continues à l'ensemble du personnel en matière de pratiques tenant compte des traumatismes, selon ce qui est approprié à ses rôles et responsabilités.

Indicateurs suggérés

- L'organisme offre de l'éducation et de la formation pour enrichir l'apprentissage et augmenter la portée et la profondeur des connaissances et des habiletés du personnel.
- L'éducation et la formation appropriées sont offertes au nouveau personnel.
- L'organisme évalue l'efficacité de l'éducation et de la formation offertes annuellement. Dans le cadre de cette évaluation, il demande des rétroactions au personnel et aux femmes ayant de « l'expérience vécue ».
- L'organisme planifie l'éducation et la formation ultérieures selon les résultats de l'évaluation, et demande des rétroactions sur ces plans au personnel et aux femmes ayant de « l'expérience vécue ».

LIGNE DIRECTRICE N° 32

L'organisme crée des partenariats avec d'autres fournisseurs et fournisseuses de services et intervenants et intervenantes communautaires, pour offrir des sessions partagées de formation en matière de pratiques tenant compte des traumatismes au personnel de divers organismes et de diverses disciplines.

Indicateurs suggérés

- Les organismes participent aux tables de réseautage et de planification dans leur communauté locale, et recherchent des possibilités d'éducation et de formation communes en matière d'initiatives tenant compte des traumatismes au sein de ces groupes.

- Les partenaires offrent des possibilités de formation interorganismes ou déterminent les formations à offrir.
- Les organismes travaillent avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé pour déterminer les besoins et les possibilités en matière de formation et d'éducation à l'échelle du système.

LIGNES DIRECTRICES POUR ÉDIFIER UNE INFRASTRUCTURE CLINIQUE

LIGNE DIRECTRICE N° 33

L'organisme s'assure que l'ensemble du personnel de services de première ligne obtient une supervision clinique, confidentielle et régulière de la part d'une personne compétente et qualifiée en supervision clinique.

Indicateurs suggérés

- Une personne compétente et qualifiée en supervision clinique (c.-à-d., qui a des connaissances approfondies sur les traumatismes, la consommation de substances et les interrelations entre ces derniers et qui est qualifiée pour dispenser des services liés aux traumatismes et faire de la supervision clinique) est employée par l'organisme, à temps plein, à temps partiel ou à contrat.
- Des sessions régulières de supervision clinique et de consultation sont offertes à l'ensemble du personnel de services de première ligne. Des sessions de supervision hebdomadaires sont recommandées. Au minimum, les sessions devraient avoir lieu tous les deux mois et la consultation devrait être accordée sur demande.
- La supervision clinique se déroule dans des sessions distinctes de celles qui portent sur la supervision administrative (même si les deux sont offertes par la même personne).
- La supervision clinique est confidentielle. Elle représente un espace sécuritaire où le personnel peut discuter des problèmes et des préoccupations.
- La supervision clinique aide le personnel de services de première ligne à traiter des questions comme le transfert des sentiments, le contre-transfert, l'épuisement professionnel et les traumatismes indirects.

LIGNE DIRECTRICE N° 34

L'organisme donne et soutient les possibilités, pour le personnel, de travailler en équipes et de se soutenir mutuellement lors de réunions d'équipe et de sessions ad hoc, au besoin.

Indicateurs suggérés

- L'organisme offre une structure au sein de laquelle des réunions d'équipe ont régulièrement lieu et donnent au personnel a un forum pour obtenir de l'aide et des suggestions, pour échanger sur de l'information et des connaissances nouvellement acquises et pour perfectionner les habiletés.
- L'organisme s'assure que le personnel est capable de se libérer, au besoin, pour faire des comptes rendus, chercher de l'aide ou des suggestions de la part du reste du personnel ou pour reprendre de l'énergie.
- Le personnel qui travaille seul ou en isolement (p. ex., travail par quarts, bureaux en région ou bureaux satellites) a des ressources auxquelles il peut accéder pour obtenir du soutien pratique ou affectif ou une consultation professionnelle, au besoin.
- L'organisme offre un milieu sécuritaire et une atmosphère positive permettant au personnel de discuter des incertitudes ou des erreurs et les utiliser pour enrichir son apprentissage.
- L'organisme encourage et facilite une culture d'ouverture. Le personnel se rallie au changement et ne se sent pas menacé par les nouvelles pratiques ou connaissances. Les membres de la direction de l'organisme sont des modèles par rapport à cette attitude et à ce comportement.
- L'organisme encourage le personnel à prendre connaissance des rétroactions des femmes, y compris les commentaires critiques ou négatifs, sans se sentir menacé.

LIGNES DIRECTRICES POUR LES PROCÉDURES ET POLITIQUES ORGANISATIONNELLES TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES

LIGNE DIRECTRICE N° 35

L'organisme intègre les connaissances et les habiletés sur les traumatismes à ses programmes et services, ainsi qu'à ses structures organisationnelles.

Indicateurs suggérés

- L'organisme reconnaît le caractère fondamental des traumatismes de manière officielle et explicite (p. ex., dans l'énoncé de mission, l'énoncé de vision, le plan stratégique et les objectifs).
- La haute direction transmet un engagement explicite envers les pratiques tenant compte des traumatismes dans tout l'organisme et en soutient la mise en œuvre.
- L'organisme a un processus de surveillance, d'évaluation et d'amélioration continues des pratiques tenant compte des traumatismes, y compris des examens réguliers où le personnel à tous les niveaux et des femmes ayant de « l'expérience vécue » font part de leurs commentaires. Des protocoles sont élaborés pour aborder les enjeux déterminés lors de ces examens.

LIGNE DIRECTRICE N° 36

Les politiques et les pratiques de l'organisme garantissent que les femmes ayant de « l'expérience vécue » font partie de l'élaboration et de l'évaluation des pratiques tenant compte des traumatismes.

Indicateurs suggérés

- Les femmes ayant de « l'expérience vécue » contribuent activement à la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des pratiques tenant compte des traumatismes de l'organisme (p. ex., par des commentaires de la part d'un comité consultatif, de bénévoles et de membres du personnel ayant de « l'expérience vécue »), y compris des femmes qui peuvent aider à déterminer les obstacles nuisant à l'accès aux services.
- On demande régulièrement des rétroactions sur la qualité des pratiques tenant compte des traumatismes aux femmes ayant de « l'expérience vécue ». Ces rétroactions servent à éclairer les pratiques organisationnelles.

LIGNE DIRECTRICE N° 37

L'organisme comprend la diversité de la communauté qu'il dessert.

Indicateurs suggérés

- L'organisme établit des relations formelles et informelles avec des services adaptés aux cultures et aux groupes de la communauté, pour augmenter ses connaissances et sa compréhension de la communauté qu'il dessert.
- L'organisme revoit les données (p. ex., les données du recensement et de divers sondages, des rapports sur le système de soins de santé) pour s'assurer qu'il comprend bien sa communauté.

LIGNE DIRECTRICE N° 38

La prise de décision de l'organisme est fondée sur les divers points de vue au sein de l'organisme et à l'extérieur de l'organisme.

Indicateurs suggérés

- L'organisme fait participer, de façon systématique et constante, les femmes, les membres de la famille et les membres communautaires, y compris les personnes qui peuvent parler des besoins de groupes culturels spécifiques, lors de l'élaboration de pratiques organisationnelles qui soutiennent la compétence culturelle.
- L'organisme a des processus réguliers (officiels et informels) pour recevoir des rétroactions des femmes, des membres de la famille et des membres communautaires sur l'environnement des services, les modalités, et la

compétence culturelle de son personnel.

- L'organisme a créé des liens avec des groupes communautaires et d'autres services communautaires qui peuvent accroître ses connaissances et son efficacité en matière d'offre de services à une gamme diverse de populations.

LIGNE DIRECTRICE N° 39

L'organisme crée un environnement émotif et physique sécuritaire pour les femmes et son personnel.

Indicateurs suggérés

- L'environnement physique est accessible et accueillant aux femmes ayant divers antécédents culturels (voir le chapitre 5).
- L'organisme détermine des méthodes pour évaluer la sécurité physique et émotive de l'environnement de services (voir le chapitre 6).
- L'organisme détermine s'il y a des éléments déclencheurs pouvant provoquer des réactions traumatiques (voir le chapitre 4 et le chapitre 6).
- Les membres du personnel féminin sont entièrement disponibles pour travailler avec une femme à toutes les étapes de son engagement avec le service.
- Les politiques et procédures organisationnelles garantissent que des membres du personnel féminin sont en mesure de travailler avec les femmes dans des postes cliniques, de prestation de services et de soutien résidentiel, le jour et la nuit.
- Les tâches spécifiques aux services résidentiels (surveillance de nuit, besoins de services ménagers, contrôles à domicile) sont effectuées par des membres du personnel féminin.
- L'organisme a adopté un processus de révision régulière de sa sécurité environnementale. Ce processus comprend des commentaires sur des problèmes possibles de sécurité et d'éléments déclencheurs de la part du personnel et des femmes ayant de « l'expérience vécue. »

LIGNE DIRECTRICE N° 40

L'organisme met en œuvre des protocoles de dépistage systématique de traumatismes.

Indicateurs suggérés

- L'organisme s'assure que le dépistage de traumatismes est inclus dans les services de sensibilisation, d'admission, d'évaluation, et cliniques (voir le chapitre 6).
- Les membres du personnel de ces services possèdent les connaissances et les habiletés requises pour poser des questions sur le dépistage, en faisant preuve de compétences cliniques et de sensibilité aux difficultés culturelles.

LIGNE DIRECTRICE N° 41

L'organisme a des politiques et des procédures qui tiennent compte des traumatismes pour aider les femmes à gérer leurs réactions traumatiques.

Indicateurs suggérés

- Le personnel travaille avec les femmes pour élaborer des stratégies pouvant aider à gérer les interventions sur les traumatismes ou les crises, en discutant par exemple de stratégies sur la conscience de l'ici-maintenant.
- L'organisme fait preuve de respect à l'égard des mesures et des stratégies que les femmes préfèrent lors de réactions et de crises traumatiques.
- L'organisme possède un protocole pour documenter et analyser les incidents ayant déclenché des réactions traumatiques. L'analyse sert à maximiser l'apprentissage et à améliorer les pratiques.

LIGNE DIRECTRICE N° 42

Les politiques et les procédures organisationnelles respectent les droits et les besoins en matière de confidentialité et de vie privée des femmes qui ont vécu des traumatismes.

Indicateurs suggérés

- L'organisme a rédigé un énoncé des droits et responsabilités des femmes et du personnel formulé de manière explicite et qu'on peut consulter facilement (voir **le chapitre 6**).
- L'organisme protège la vie privée des femmes et du personnel.
- Les politiques concernant la vie privée, la confidentialité et l'accès à l'information sont explicites, remises par écrit, communiquées verbalement aux femmes et discutées avec elles.
- Les lignes directrices, les politiques organisationnelles et la formation du personnel garantissent que la documentation respecte la vie privée des femmes (voir **le chapitre 6**).

LIGNES DIRECTRICES POUR UTILISER LES PRATIQUES TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES AVEC LE PERSONNEL

LIGNE DIRECTRICE N° 43

L'organisme établit un environnement sécuritaire au plan émotif et physique pour les femmes et son personnel.

Indicateurs suggérés

- Le programme veille à répondre aux besoins de sécurité de tout son personnel, y compris le personnel administratif et de soutien, ainsi que le personnel qui offre des services de première ligne.
- L'organisme demande des rétroactions à son personnel pour déterminer les conditions qui contribuent ou qui nuisent à la sécurité. Il prend des mesures pour remédier aux conditions nuisibles.
- Le personnel a assez d'espace et de confidentialité, et il peut avoir facilement de l'aide au besoin.
- L'organisme a adopté des mécanismes permettant d'évaluer la sécurité du personnel sur une base continue, et pour apporter des améliorations, s'il y a lieu.

LIGNE DIRECTRICE N° 44

L'organisme s'assure que les rôles, les pratiques et les limites du travail sont explicites et uniformes pour tout le personnel.

Indicateurs suggérés

- La mission, les buts et les objectifs de l'organisme sont explicites pour tout le personnel et sont conformes aux pratiques tenant compte des traumatismes.
- Les membres de la direction et de l'équipe de supervision comprennent la nature des pratiques tenant compte des traumatismes dans les programmes et services de l'organisme, et les répercussions émotives possibles (épuisement professionnel, traumatismes indirects, usure de la compassion).
- Les politiques et pratiques organisationnelles encouragent le personnel à maintenir des limites professionnelles appropriées et à prendre soin de soi de façon appropriée.
- Le personnel de services de première ligne reçoit le soutien régulier d'une personne qualifiée et chargée de la formation clinique. La supervision clinique a lieu dans une session ou un processus distinct de la supervision administrative.
- L'organisme maximise la transparence et l'honnêteté en communiquant clairement au personnel les plans de programmes et des renseignements sur les changements.
- Les rôles et les attentes professionnelles sont explicites, constants, et justes pour tout le personnel, y compris le personnel de soutien.

- L'organisme a des mécanismes pour garantir que des rôles et limites professionnels explicites et constants sont maintenus, et pour apporter des améliorations s'il y a lieu.

LIGNE DIRECTRICE N° 45

L'organisme offre des occasions de choix et de contrôle du personnel.

Indicateurs suggérés

- Le personnel bénéficie d'une autonomie appropriée dans les limites de ses responsabilités professionnelles.
- Le personnel a la possibilité de faire part de commentaires pertinents sur des facteurs qui touchent à son travail au besoin (p. ex., le volume de travail, les heures de travail, les besoins de formation, les programmes et services offerts par l'organisme, l'environnement physique).

LIGNE DIRECTRICE N° 46

L'organisme maximise la collaboration et le partage de pouvoir entre le personnel, l'administration et la direction (ainsi qu'avec les clientes).

Indicateurs suggérés

- L'organisme accepte les commentaires et les idées de tous les membres du personnel. Il encourage la participation à la planification et à l'application de la mise en œuvre de changements.
- Des mécanismes formels et structurés sont en place pour recueillir des commentaires de la part du personnel.
- Il est évident pour le personnel que ses commentaires sont précieux et considérés, même si ses idées ne sont pas toujours mises en œuvre telles que suggérées.
- L'organisme cherche à améliorer la collaboration et le partage de pouvoir entre son personnel.

LIGNE DIRECTRICE N° 47

L'organisme met le renforcement du pouvoir d'agir et le renforcement des connaissances du personnel au premier plan.

Indicateurs suggérés

- Les forces et les habiletés du personnel sont reconnues et utilisées le plus possible dans ses fonctions professionnelles.
- Le personnel se voit offrir des possibilités de formation et de perfectionnement pour renforcer ses compétences et habiletés.
- Le personnel reçoit de la formation continue et régulière dans les domaines liés aux traumatismes, y compris les répercussions des facteurs stressants en milieu de travail.
- Les rétroactions des superviseurs et superviseuses sont positives, encourageantes et constructives, même lorsqu'il s'agit d'une critique.
- L'organisme recherche des possibilités pour soutenir le perfectionnement professionnel et offre les ressources nécessaires pour bien faire le travail.

LIGNE DIRECTRICE N° 48

L'organisme prend des mesures pour réduire les répercussions des traumatismes indirects.

Indicateurs suggérés

- En consultation avec son personnel, l'organisme détermine les caractéristiques de sa culture qui peuvent réduire les risques de traumatismes indirects ou les exacerber.
- L'organisme offre du soutien et des ressources au personnel qui a vécu des traumatismes indirects.
- L'organisme forme le personnel pour qu'il sache comment s'autogérer sur le plan de la santé.
- Les politiques, les attentes, l'établissement du calendrier et l'infrastructure favorisent la promotion du mieux-être et une bonne autogestion de la santé du personnel.

LIGNES DIRECTRICES POUR ÉTABLIR DES LIENS ENTRE LES DIFFÉRENTS SECTEURS

LIGNE DIRECTRICE N° 49

L'organisme entretient des relations collaboratrices et de partenariat avec des fournisseurs et des fournisseuses de services connexes (p. ex., services de santé mentale, autres soins de santé, services ayant de l'expertise auprès de certaines populations, services d'aide sociale à l'enfance, organismes pour les parents, services de lutte contre la violence faite aux femmes, agences de services sociaux, services de logement, refuges).

Indicateurs suggérés

- L'organisme cherche à obtenir une rétroaction des femmes ayant vécu des traumatismes au sujet de leurs besoins en matière de services auxiliaires et de la façon dont il peut les aider à accéder à ces services et à entrer en contact avec ceux-ci.
- L'organisme collabore avec d'autres fournisseurs et fournisseuses de services communautaires, afin de créer des mécanismes de collaboration et de coordination entre les services (p. ex., RLISS, groupes de planification, réseaux locaux).
- L'organisme tente de trouver des façons de rendre les services plus accessibles et mieux adaptés à la culture (p. ex., avec des programmes ou services d'approche gérés conjointement, en regroupant les services).
- Le fait que l'organisme accepte de collaborer et de s'associer avec des fournisseurs et des fournisseuses de services connexes reflète les principes directeurs des pratiques tenant compte des traumatismes vécus.
- L'organisme évalue régulièrement sa réussite dans l'établissement de liens et les relations collaboratrices/de partenariat.

Annexe B

Références

Cette annexe présente la liste des sources de tous les passages cités dans ce document.

Anda, R. F. (sans date). The Health and Social Impact of Growing Up With Adverse Childhood Experiences: The Human and Economic Costs of the Status Quo. Retrouvé en ligne, à

http://acestudy.org/files/Review_of_ACE_Study_with_references_summary_table_2_.pdf

BC Association of Specialized Victim Assistance & Counselling Programs. (2007). Freedom From Violence: Tools For Working With Trauma, Mental Health And Substance Use. Disponible en ligne, à <http://www.endingviolence.org/files/uploads/FreedomViolenceIntro.pdf>

Bell, H., Kulkarni, S., et Dalton, L. (2003). Organizational prevention of vicarious trauma. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 84 (463-470)

Bergeron, K., et Albert, D. (2009). Towards Evidence-Informed Practice: Setting the Standard for Health Promotion Excellence! *Ontario Chronic Disease Prevention Alliance Newsletter*, vol. 3:3, p 9

Bloom, S.L. (2003). Caring for the Caregiver: Avoiding and Treating Vicarious Trauma, dans *Sexual Assault, Victimization Across the Lifespan*, A. Giardino, et coll., directeurs. GW Medical Publishing : Maryland Heights, MO. p. 459-470

Bombay, A. Matheson, K., et Anisman, H. (2009). Intergenerational Trauma: Convergence of Multiple Processes among First Nations peoples in Canada. *Journal of Aboriginal Health*. National Aboriginal Health Organization (NAHO)

Bride, B.E., Hatcher, S.S., et Humble, M.N. (2009). Trauma training, trauma practices, and secondary traumatic stress among substance abuse counselors. *Traumatology*, 15 (2), 96-105

Briere, J. et Jordan C. E. (2004). Violence Against Women Outcome Complexity and Implications for Assessment and Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 19 (11)

British Columbia Centre of Excellence in Women's Health, Canadian Centre for Substance Abuse, University of Saskatchewan & University of South Australia. (2009). Trauma-Informed Approaches in Addictions Treatment. Gendering the National Framework

Brown, C., Petite, K., Haanstra, A., et Stewart, S. (2009) The Pervasiveness of Trauma Among Canadian Women in Treatment for Alcohol Use, Dalhousie University. Disponible en ligne, à

<http://www.acewh.dal.ca/pdf/Looking%20Back%20presentations/Brown%20%20Pervasiveness%20of%20Trauma%20among%20Canadian%20Women%20in%20Treatment%20for%20Alcohol%20Use.pdf>

Brown , L. (sans date). Retrouvé en ligne, à <http://www.drlaurabrown.com/cultural-competence>

Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada. (2008). Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement. Ottawa : Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada. Disponible en ligne, à www.nationalframework-cadrenational.ca/uploads/files/TWS_Treatment/nts-report-fra.pdf

Center for Substance Abuse Treatment. (1997). SAMSHA/CSAT Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, 25, Rockville, MD. Substance Abuse Treatment and Domestic Violence.

Cohen, L. R. et coll. (2008). The Impact of Cumulative Maternal Trauma and Diagnosis on Parenting Behavior. *Child Maltreatment*. Vol. 13, no 1, p. 29

Coordinating Center of the SAMHSA Women. (Sans date). Parenting Issues for Women with Co-Occurring Mental Health and Substance Abuse Disorders Who Have Histories of Trauma. Co-occurring Disorders and Violence Study. Retrouvé en ligne, à <http://www.nationaltraumaconsortium.org/documents/ParentingFactSheet.pdf>

Courtois, C. (June 2012). Presentation at Trauma Talks Conference. Toronto, Ontario

Courtois, C. (2009). *Healing the incest wound: Adult Survivors in Therapy*. New York: W.W. Norton., p. 93

Courtois, C. (2004). « Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and Treatment », *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 41, no 4

Courtois, C. (1999). Retrouvé en ligne, à www.Traumainformed.ca

Courtois, C. (sans date). *Understanding Complex Trauma, Complex Reactions, and Treatment Approaches*. Retrouvé en ligne, à www.giftfromwithin.org/html/cptsd-understanding-treatment.html

Covington, S. (2002). *Helping Women Recover: Creating Gender-Responsive Treatment*, dans *The Handbook of Addiction Treatment for Women: Theory and Practice*. S.L.A. Straussner et S. Brown (dir.), Jossey-Bass.

Elliott, D.E, Bjelajac, P., Markoff, L.S., FalLOT, R.D., et Reed, B.G. (2005). Trauma-Informed Or Trauma-Denied: Principles and Implementation of Trauma-Informed Services for Women. *Journal of Community Psychology*, vol. 33, no 4, 461–477

Fahy, A. (2007). The unbearable fatigue of compassion: Notes from a substance abuse counselor who dreams of working at Starbuck's. *Clinical Social Work Journal*, 35, 199-205

FalLOT, R.D. (février 2008). *Trauma-Informed Services: A Protocol for Change*. Présentation PowerPoint à la Conférence on Co-Occurring Disorders, Long Beach, California

FalLOT, R. D., et Harris, M. (2009). *Creating Cultures of Trauma-Informed Care (CCTIC): A self assessment and planning tool*. Retrouvé en ligne, à <http://www.healthcare.uiowa.edu/icmh/documents/CCTICSelf-Assessment-PlanningProtocol0709.pdf>

FalLOT, R. D., et Harris, M. (2009) *Creating Cultures of Trauma-Informed Care (CCTIC): A Self-Assessment and*

Planning Protocol. Community Connections; Washington, D.C.

Fallot, R. D., et Harris, M. (2001). A Trauma-Informed Approach to Screening and Assessment, *New Directions for Mental Health Services*, 89.

Finkelstein, N. (1994). Treatment Issues for Alcohol and Drug-dependent Pregnant and Parenting Women. *Health and Social Work*. Vol. 19.

Foa, E. B., Keane, T.M., Friedman, M.J., et Cohen, J.A. (dir.) (2009). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York : The Guildford Press

Gelinas, D. (1983). The Persistent Negative Effects of Incest, *Psychiatry*, 46

Gillece, J. (2008). National Technical Assistance, National Association of State Mental Health Program Directors, présentation à la conférence Florida Association of Drug and Alcohol providers. Disponible en ligne, à http://www.traumainformedresponse.com/uploads/Sec_02-TReSIA-About_TIC.pdf

Gose, S. et Jennings, L. (2007). Seeking Safety: Integrating substance use programming at a sexual assault centre, dans *Highs and Lows: Canadian perspectives on women and substance use*, N. Poole et L. Greaves, directrices. Centre for Addiction and Mental Health : Toronto, ON.

Harris, M. et Fallot, R. D. (2001). Envisioning a trauma-informed service system: A vital paradigm shift, in using trauma theory to design service systems, Jossey-Bass : San Francisco.

Harris, M. et Fallot, R. (dir.) (2001). *Using Trauma Theory to Design Service Systems*. New Directions for Mental Health Services. San Francisco : Jossey-Bass, 1-103.

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

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*, Basic Books.

Hopper, E. K., Bassuk, E. L. et Olivet, J. (2010). Shelter from the Storm: Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings. *The Open Health Services and Policy Journal*, 3, 80-100.

Irwin-Seguín, K. et MacEwan, L. (2010). The occupational health of addiction workers: Narratives in photographs. Actes de la Women's Mental Health Conference: Building Networks and Research Capacity. Toronto, Ontario

Jablonski, B. et Moses, D. J. (2002) *Innovations from the Sites*. Center for Substance Abuse Treatment. Retrouvé en ligne, à www.prainc.com

Jean Tweed Centre. (2008). *Reaching Women, Reaching Children*. Rapport d'évaluation du projet ECDAl. Retrouvé en ligne, à www.jeantweed.com

Jennings, A., 2008. (mise à jour du rapport de 2004.) Models for Developing Trauma-Informed Behavioral Health Systems and Trauma-Specific Services. National Center for Trauma Informed Care

Jennings, A. (1997). Community Retraumatization: Trauma Survivors Speak Out About How They Are Re-traumatized Within Community Mental Health and Substance Abuse Service Systems. Maine Department of Behavioral and Developmental Services, Office of Trauma Services

Jordan, J. et coll. (1997). Women's Growth in Diversity: More Writings from the Stone Center. New York : Guilford Press

Kammerer, N. et Mazelis, R. (2006). Resource Paper: Trauma and Retraumatization. Presented at After the Crisis Initiative: Healing from Trauma after Disasters Expert Panel Meeting, Bethesda, MD

Klinic Community Health Centre. (2008). Trauma-informed: The trauma-informed toolkit, Klinic Community Health Centre : Winnipeg, MB.

Leslie, M. (dir.) (2011). Synthèse du programme Breaking the Cycle, vol. 1. Toronto : The Mothercraft Press. p. 30

MacEwan, L. (2007). Compassion Fatigue: Addiction workers' experiences of listening to trauma stories. Thèse de doctorat non publiée. University of Sussex, U.K.

MacKenzie, T., Cuff, R., et Poole, N. (sous presse) Working with clients with histories of trauma.

McEvoy, M. et Ziegler, M. (2006). Best Practices Manual for Stopping the Violence Counselling Programs in British Columbia. BC Association of Specialized Victim Assistance and Counselling Programs. p 19

Meichenbaum, D. (sans date). Self-Care for Trauma Psychotherapists and Caregivers: Individual, Social and Organizational Interventions. University of Waterloo et The Melissa Institute for Violence Prevention and Treatment of Victims of Violence. Disponible en ligne, à www.melissainstitute.org

Miller, J. B., Jordan, J.V., Kaplan, A.G., Stiver, J.L. et Surrey, J.L. (1991). Some misconceptions and reconceptions of a relational approach. Wellesly, MA : Stone Center Working Paper Series, (no 49) p. 10

Miller, J. B., et Stiver, I. P. (1997). The healing connection: How women form relationships in therapy and in life. Boston : Beacon Press

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2005). Best Practices In Action: Guidelines and Criteria For Women's Substance Abuse Treatment Services

Morrow, M. (sans date). Violence and Trauma in the Lives of Women with Mental Illness. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. Disponible en ligne, à www.bccewh.bc.ca

Moses, D.J., Reed, B.G., Mazelis, R., et D'Ambrosio, B. (2003). Creating Trauma Services for Women with Co-Occ

curing Disorders: Experiences from the SAMHSA Women with Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Disorders who have Histories of Violence Study. Delmar, NY : Policy Research Associates. Disponible en ligne, à <http://homeless.samhsa.gov/Resource/View.aspx?id=25663>

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

Niccols, A. et coll. (2012). Integrated Programs for mothers with substance abuse issues: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes. Harm Reduction Journal, 9, 14.

Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs. (2009). Embracing Cultural Competence in the Mental Health and Addiction System.

Parkes, T., et coll. (2007). Freedom From Violence: Tools For Working With Trauma, Mental Health And Substance Use. BC Association of Specialized Victim Assistance & Counselling Programs

Poole, N. (2012). Essentials of Trauma-informed care. Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, ON

Poole, N. (2011). Coalescing on Women and Substance Use—Linking Research, Practice and Policy. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health (2011). Disponible en ligne, à www.coalescing-vc.org

Poole, N. et Greaves, L. (dir.) (2012). Becoming Trauma Informed. Toronto, Centre for Addiction and Mental Health

Poole, N. et Urquhart, C. (2010). Mothering and substance use: Approaches to prevention, harm reduction and treatment, Gendering the National Framework Series (vol. 3). Vancouver, BC. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.

Rosenberg, L. (2011). Addressing Trauma in Mental Health and Substance Use Treatment, The Journal of Behavioral Health Services & Research 38:4

Rothrauff, R.C., Abraham, A., Bride, B.E., et Roman, P. M. (2011). Occupational turnover intentions among substance abuse counselors. Journal of Substance Abuse Treatment. 40, 67-76.

Saakvitne, K.W., Gamble, S.J., Pearlman, L.A., et Lev, B.T. (2000). Risking connection: A training curriculum for working with survivors of childhood abuse. Lutherville, MD: Sidran. Cités dans Elliott, D.E, et coll. Trauma-Informed Or Trauma-Denied: Principles and Implementation of Trauma-Informed Services for Women. Journal of Community Psychology, vol. 33, no 4, (2005)

Sexton, L. (1999). Vicarious traumatization of counsellors and effects on their workplaces. British Journal of Guidance and Counselling, 27(3). Cité dans Srdanovic, M. Vicarious Traumatization, An occupational hazard for helping professionals. Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal, 2007, Vol. 3, no 3.

Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures. New York : Guilford.

Skinner, J. W. et O'Grady, C. P. (2005). Parenting Issues for Women with Co-Occurring Mental Health and Substance Abuse Disorders who have Histories of Trauma, Coordinating Center of the SAMHSA Women, Cooccurring Disorders and Violence Study. Retrouvé en ligne, à www.nationaltraumaconsortium.org/documents/ParentingFactSheet.pdf

Srdanovic, M. (2007). Vicarious Traumatization: An occupational hazard for helping professionals. *Visions : BC's Mental Health and Addictions Journal*, 3 (3), 15-16.

Stenius, V.M.K., et Veysey, B.M. (2005). It's the little things: Women, trauma, and strategies for healing. *Journal of Interpersonal Violence*, 20 (10).

Steward, P. (2007). Treating Problem Substance Use and Posttraumatic Stress Disorder Concurrently, dans *Highs and Lows: Canadian Perspectives on Women and Substance Use*. Poole, N. et Greaves, L. (dir.) Toronto, Centre for Addiction and Mental Health

Sturm, D. C. (2012). A Review of the Research on the Relationship Between Substance Abuse and a History of Exposure to Trauma, American Counseling Association, *Ideas and Research You Can Use : VISTAS 2012*, Volume 1. Article 66. Retrouvé en ligne, à http://counselingoutfitters.com/vistas/VISTAS_Home.htm

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). (2011). Addressing the Needs of Women and Girls Core Competencies for Mental Health and Substance Abuse Service Professionals. Disponible en ligne, à <http://store.samhsa.gov/shin/content//SMA11-4657/SMA11-4657.pdf>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2000). Substance Abuse Treatment for Persons with Child Abuse and Neglect Issues. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, no 36. Center for Substance Abuse Treatment (CSAT)

Van der Kolk, Bessel A. (2009). Afterword in *Treating Complex Traumatic Complex Stress Disorders*. Courtois, C. et Ford, J. (dir.) New York: The Guilford Press, p. 464

Wu, N.S., Schairer, L.C., Dellor, E. et Grella, C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with co-morbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive Behaviors*, 35.

Annexe C

Modèles pour les services spécifiques aux traumatismes

La présente annexe dresse une liste de sources d'information sur des services spécifiques aux traumatismes qui tiennent compte des données probantes. Plusieurs modèles ont été élaborés et se sont avérés utiles pour les femmes qui ont subi des traumatismes. Ils nécessitent une formation et un encadrement spécialisés. Pour de plus amples renseignements sur les modèles et la formation, consultez les sites Web de l'International Society for Traumatic Stress Studies www.istss.org ou de l'International Society for the Study of Trauma and Dissociation www.isst-d.org.

Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR)

Ce modèle a été élaboré par Shapiro dans le but de réduire les réactions importunes. Il est fondé sur le modèle de traitement adaptatif de l'information selon lequel les souvenirs et les vécus traumatisants sont traités de façon incomplète de sorte qu'ils continuent d'être vécus dans le présent comme s'ils étaient toujours en cours. Ce modèle a été étudié et s'est révélé efficace.

Thérapies cognitives et comportementales

Un grand nombre de thérapies cognitives et comportementales utilisées à l'origine pour traiter les personnes souffrant d'anxiété et de dépression ont été adaptées pour les interventions effectuées auprès des femmes qui ont subi des traumatismes. Pour obtenir des renseignements détaillés, consultez la publication *Effective Treatments for PTSD* (Foa, E. B. et coll.). Les modèles décrits incluent la thérapie d'exposition, les thérapies qui tiennent compte des traumatismes subis, la thérapie cognitive pour l'ESPT, les thérapies basées sur la pleine conscience, la thérapie d'acceptation et d'engagement, la thérapie comportementale dialectique, le programme d'intégration pour la résolution des traumatismes, la formation axée sur les habiletés pour la régulation affective et interpersonnelle/le récit narratif.

Modèles pour travailler auprès des femmes consommant des substances qui ont subi des traumatismes

Un certain nombre de modèles ont été élaborés et étudiés pour travailler de façon intégrée avec des personnes qui se rétablissent à la suite de la consommation de substances et de traumatismes. Pour obtenir des descriptions détaillées des modèles et de la formation, voir le registre national des programmes et des pratiques fondés sur des données probantes de la SAMHSA www.nrepp.samhsa.gov

Seeking Safety www.seekingsafety.org

Modèle pour le traitement concomitant des problèmes liés aux traumatismes et à la consommation de substances, élaboré par Lisa Najavits à la faculté de médecine de Harvard.

Objectif

- Appuyer les femmes pour qu'elles comprennent et admettent la consommation de substances et les traumatismes, d'une part, et leur interdépendance, d'autre part.
- Réduire la fréquence à laquelle chaque problème déclenche l'autre.

Le programme inclut la psychoéducation, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie interpersonnelle et la gestion de cas. Le traitement est pratique, axé sur une solution et structuré. Il comprend des documents à l'intention des clientes et des lignes directrices à l'intention des thérapeutes sur 25 sujets.

Concepts de base

- Demeurer en sécurité
- Se respecter soi-même
- Recourir à des habiletés d'adaptation
- Faire en sorte que le présent et l'avenir soient meilleurs que le passé
- Apprendre à faire confiance
- Obtenir de l'aide

Le programme a été étudié dans divers milieux et avec des populations diverses.

Modèle de rétablissement et d'autonomisation des victimes de traumatismes (Trauma Recovery and Empowerment Model ou TREM)

Élaboré par Maxine Harris, Roger Fallot et leurs collègues chez Community Connections à Washington D.C., le TREM est un modèle s'inspirant des pairs qui souligne les principes suivants :

- l'autonomisation;
- la validation des expériences des femmes;
- les perspectives multiculturelles.

Hypothèses de base

- Que certains comportements et/ou réactions dysfonctionnels actuels puissent provenir de réactions d'adaptation légitimes aux traumatismes.
- Que les femmes qui ont subi des traumatismes répétés dans leur enfance soient privées de la possibilité de développer certaines habiletés nécessaires pour les surmonter à l'âge adulte.
- Que des événements traumatisants, particulièrement la violence sexuelle et physique, aggravent les relations fondamentales avec la famille, la communauté et, finalement, le moi (y compris la prise de conscience perturbante de ses propres émotions, pensées et comportements).
- Que les femmes qui ont été victimes d'abus répétitifs se sentent impuissantes et incapables de défendre leurs propres intérêts.

Le TREM a recours à la restructuration cognitive, à la formation axée sur les habiletés, à la psychoéducation et au soutien par les pairs. Il adopte une approche axée sur trois volets —l'autonomisation, l'éducation et le développement des habiletés—et comprend 33 sujets traitant du rétablissement, y compris l'interconnexion des problèmes liés aux traumatismes et à la consommation de substances.

Le programme dure neuf mois et comprend des rencontres hebdomadaires de 75 minutes. Le TREM est un modèle de groupe pour les femmes, comportant des groupes composés de 8 à 10 femmes avec 2 ou 3 coanimateurs et coanimatrices. Il n'a pas fait l'objet d'une recherche poussée, exception faite de l'étude portant sur les femmes ayant des troubles concomitants et l'étude sur la violence de la SAMSHA.

Modèle d'intégration de la toxicomanie et du rétablissement à la suite de traumatismes (Addictions and Trauma Recovery Integration Model ou ATRIUM)

Élaboré par Dusty Miller et Laurie Guidry et utilisé auprès de femmes vivant dans des régions rurales, il a été conçu pour évaluer et intervenir dans les aspects somatiques, spirituels et cognitifs de l'expérience des traumatismes.

Concepts de base

- Utilise une approche cognitivo-comportementale et relationnelle
- S'inspire du modèle en 12 étapes
- Quatre principes de base du rétablissement :
 - Reconnaître et renforcer la résilience
 - Parvenir à un sevrage
 - Reconnaître et guérir les blessures liées à la non-protection
 - Créer un lien sacré vers le monde jumelé à un sens de la vocation sociale
- Organisé en 12 rencontres dont chacune comporte :
 - un volet didactique;
 - un chapitre sur le processus;
 - un volet expérimental;
 - un devoir à la maison.

ATRIUM est organisé en chapitres représentant une exposition graduelle à la superposition douloureuse d'expériences de traumatismes vécues par la participante. Ces chapitres comprennent : des renseignements sur l'anxiété, la sexualité, l'automutilation, la colère, les problèmes de santé physique, les troubles du sommeil et la déconnexion spirituelle. À ce jour, il n'y a pas eu d'étude exhaustive de l'efficacité du modèle.

Au-delà des traumatismes : Un cheminement vers la guérison pour les femmes

Élaboré par Stephanie S. Covington, ce programme peut être utilisé seul ou après le programme « Helping Women Recover: A Program for Treating Addiction » de Mme Covington. Il comprend onze séances qui se concentrent sur trois domaines, dont chacun inclut un certain nombre d'activités :

- informer les femmes sur les traumatismes et la violence;
- les aider à comprendre les réactions habituelles;
- développer des habiletés d'adaptation.

Thèmes

- Sécurité
- Autonomisation
- Connexion
- Réactions normales
- Rapport entre l'esprit et le corps
- Consommation de substances
- Centré sur la femme

Une étude de ce modèle a été réalisée.

Modèle pour travailler avec les femmes qui luttent contre la violence sexuelle à l'égard des enfants et contre la toxicomanie

Élaboré par The Laurel Centre, à Winnipeg, au Manitoba [voir : Journal of Substance Abuse Treatment 18 (2000)], le modèle représente l'intégration d'un modèle de rétablissement à la suite de traumatismes avec une approche féministe envers la pratique et se fonde sur les connaissances et l'expérience pratique de cliniciens et cliniciennes qui travaillent au Laurel Centre. Ce centre a été fondé en 1985 pour offrir des services aux femmes qui ont été victimes de violence sexuelle pendant leur enfance ou leur adolescence et ont été touchées par la toxicomanie. Le modèle utilise une approche graduelle qui reconnaît que des étapes peuvent se reproduire et

se chevaucher tout au long du processus thérapeutique.

Les étapes sont les suivantes :

Première étape – Engager et évaluer

- L'objectif est d'établir une relation et d'évaluer la correspondance entre les besoins de la femme et les ressources de l'organisation
- Déterminer les rôles et les limites de l'alliance thérapeutique
- Explorer l'incidence du comportement de dépendance et la mesure dans laquelle la femme consomme des substances comme stratégie d'adaptation

Deuxième étape – Assurer la sécurité

- La sécurité est au premier plan.
- Continuer d'établir la relation thérapeutique
- Concevoir une gamme de méthodes d'adaptation

Troisième étape – Compte rendu intense

- Traiter la violence sexuelle à l'endroit des enfants et son contexte
- Tenir compte des effets multiples de la violence
- Relier les expériences et les messages antérieurs aux comportements, croyances et réactions présents
- Aider les femmes à reconnaître leur pouvoir personnel
- Faire le deuil de la perte de certains éléments associés à la violence et des éléments affectifs du comportement de dépendance
- Surveiller une éventuelle rechute du comportement de dépendance et soutenir les habiletés et les réactions saines

Quatrième étape – Intégrer

- Se concentrer sur l'alignement du comportement, de l'affect et de la cognition (p. ex., atteindre un sentiment d'harmonie)
- Favoriser les compétences relatives aux nouveaux comportements et aux nouvelles habiletés
- Aider à développer de nouvelles relations ou à modifier des relations
- Établir une orientation future positive avec des attentes réalistes
- Aider à situer ses expériences de violence dans l'environnement sociopolitique plus vaste

Cinquième étape – Aller de l'avant

- Faciliter la transition des priorités, afin que la violence ne soit plus la caractéristique centrale de son identité
- Célébrer les réalisations
- Aider à faire des changements sur le plan des objectifs et du mode de vie
- Renforcer les soutiens sociaux
- Anticiper les difficultés futures et s'y préparer
- Réduire graduellement l'importance du rôle du thérapeute ou de la thérapeute, ce qui mène à la conclusion de la relation thérapeutique

Annexe D

Ressources

La présente annexe énumère des sources d'information supplémentaire qui aideront les lecteurs et les lectrices à parfaire leurs connaissances. Elle n'a pas la prétention d'être exhaustive. Les sites Web, livres et articles suggérés constituent un point de départ pour en savoir plus.

Canadian Centre on Substance Abuse www.ccsa.ca

Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SAMHSA's National Registry of Evidence-Based Programs and Practices www.nrepp.samhsa.gov

The Canadian Network of Substance Abuse and Allied Professionals; Competencies for Canada's Substance Abuse Workforce

<http://www.cnsaap.ca/Eng/DevelopingTheWorkforce/Competencies/Pages/default.aspx#resources>

FEMMES ET CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Coalescing on Women and Substance Use www.coalescing-vc.org

Consumer/Survivor/Recovering Women: A Guide For Partnerships In Collaboration

<http://www.wcdvs.com/pdfs/CSR%20Manual%20Final.pdf>

Haskell, L. (2003). First-stage trauma treatment: A guide for mental health professionals working with women. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. (2003). The Formative Years: Pathways to Substance Abuse Among Girls And Young Women Ages 8-22. New York : CASA.

Poole, N., et Greaves, L. (dir..) (2007). Highs & Lows: Canadian Perspectives on Women and Substance Use. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale

TRAUMATISMES ET SOINS TENANT COMPTE DES TRAUMATISMES SUBIS

Briere, J. (2002). Treating Adult Survivors of Severe Childhood Abuse and Neglect: Further Development of an Integrated Model. In Myers, J.E.B., et al. (Eds.) (2002) The APSAC handbook on child maltreatment, 2nd Edition. Newbury Park, CA: Sage Publications

British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. Trauma-informed Approaches in Addictions Treatment

<http://www.bccewh.bc.ca/publications-resources/documents/GenderingNatFrameworkTraumaInformed.pdf>

Brown, L. S. Treating Trauma: Basic Skills and Specific Treatments
www.continuingcourses.net/active/courses/course073.php

Brown, L. S. Becoming a Trauma-Aware Therapist: Definitions and Assessment
www.continuingcourses.net/active/courses/course070.php

Centre de toxicomanie et de santé mentale (2012). Becoming Trauma Informed http://www.camh.ca/en/education/about/camh_publications/pages/becoming_trauma_informed.aspx

Centre de toxicomanie et de santé mentale. Bridging responses: A front-line worker's guide to supporting women who have post-traumatic stress
http://www.camh.ca/Publications/Resources_for_Professionals/Bridging_responses/bridging_responses_overview.html

Chu, J. A. (1998). Rebuilding Shattered Lives: The Responsible Treatment of Complex Post-Traumatic and Dissociative Disorders. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Coalescing on Women and Substance Use www.coalescing-vc.org

Community Connections. A Self-Assessment and Planning Protocol for Cultures of Trauma-Informed Care
<http://www.healthcare.uiowa.edu/icmh/documents/CCTICSelf-AssessmentandPlanningProtocol0709.pdf>

Community Connections: Creating Culture of Trauma-Informed Care
<http://www.communityconnectionsdc.org/web/page/673/interior.html>

Connections: Knowledge Exchange for Agencies Serving Women with Substance Use Issues
<http://www.connectionsCanada.ca/>

Covington, S. Beyond Trauma: A Healing Journey for Women www.stephaniecovington.com/books.asp

Covington, S. (2008). Women and Addiction: A Trauma-informed Approach. Journal of Psychoactive Drugs. SARC Supplement 5

Courtois, C. A. et Ford, J. D. (Eds.) (2009). Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence-Based Guide. New York: Guilford Press

Courtois, C. A. (2004). Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and Treatment. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. Vol. 41, No. 4.

Courtois, C. A. et Gold, S. N. (2009). The Need for Inclusion of Psychological Trauma in the Professional Curriculum: A Call to Action. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy. Vol. 1, No. 1

Dass-Brailsford, P. et Myrick A.C. (2010). Psychological Trauma and Substance Abuse: The Need for an Integrated Approach. Trauma, Violence, & Abuse. 11 (4)

Elliott, D.E., et al. (2005). Trauma-informed or Trauma-denied: Principles and Implementation of Trauma-informed Services for Women. *Journal of Community Psychology*. Vol. 33, No. 4

Fallot, R. D. et Harris, M. (2001). A Trauma-Informed Approach to Screening and Assessment, Chapter 2 in *New Directions for Mental Health Services*, no. 89

Fallot, R. D. et Harris, M. (2005). Integrated Trauma Services Teams for Women with Alcohol and Other Drug Problems and Co-occurring Mental Disorders. *Alcoholism Treatment Quarterly*. Vol. 22, 3-4

Foa, E. B., et al. (Eds.) (2009). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: The Guildford Press

Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books

Harris, M. et Fallot, R. D. (2001). Envisioning a Trauma-Informed Service System: A Vital Paradigm Shift. Chapter 1 in *New Directions for Mental Health Services*, no. 89

Hiebert-Murphy, D. et Woytkiw, L. (2000). A Model for Working with Women Dealing with Child Sexual Abuse and Addictions. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol. 18

Institute for Health Recovery: Trauma Integration Services

http://www.healthrecovery.org/projects/trauma_integration/trauma_integration_services.asp

International Society for the Study of Trauma and Dissociation www.isst-d.org

International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) ISTSS Treatment Guidelines for PTSD www.istss.org

Jennings, A., Articles, presentations, and links about trauma and retraumatization <http://www.theannainstitute.org/articles.html>

Jennings, A. et Ralph, R. O. (1997). *In Their Own Words Trauma Survivors and Professionals They Trust Tell What Hurts, What Helps and What Is Needed for Trauma Services*, Office of Trauma Services Department of Mental Health, Mental Retardation and Substance Abuse Services

Klinic Community Health Centre: Trauma-informed Toolkit www.trauma-informed.ca

Mental Health Coordinating Council. Trauma-Informed Care and Practice Conference: 2011 Presentations <http://www.mhcc.org.au/TICP/webcasts.aspx>

Miller, D. (1994). *Women who Hurt Themselves*. New York: Basic Books

Morrow, M. *Violence and Trauma in the Lives of Women with Serious Mental Illness*. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health www.bccewh.bc.ca

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

National Trauma Consortium www.nationaltraumaconsortium.org

Pearlman, L. A. et Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the Therapist: Countertransference and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors*. New York: W. W. Norton & Company

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA): Definitions of trauma
www.samhsa.gov/traumajustice/traumadefinition/index.aspx

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) National Mental Health Information Center: Trauma-informed care and trauma-specific interventions
www.mentalhealth.samhsa.gov/nctic/trauma.asp

Schachter, C.L., et al. (2009). *Handbook on sensitive practice for health care practitioner: Lessons from adult survivors of childhood sexual abuse*. Ottawa: Public Health Agency of Canada

The Women, Co-occurring Disorders, and Violence Study
<http://www.nationaltraumaconsortium.org/documents/CreatingTraumaServices.pdf>

Trauma Center, the website of Dr. B. van der Kolk www.traumacenter.org

Van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. et Weisaeth, L. (Eds.) (1996). *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: The Guildford Press

Van der Kolk, B. A. (2001). The Assessment and Treatment of Complex PTSD. Chapter 7 in Yehuda and Rachel, (Eds.) *Traumatic Stress*. American Psychiatric Press

Women's Hospital and Health Centre Vancouver, BC., *Building Bridges: Linking Woman Abuse, Substance Use and Mental Ill Health*
<http://www.bcwomens.ca/Services/HealthServices/WomanAbuseResponse/Building+Bridges.htm>

VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES

Abuse Counselling & Treatment Inc. www.actabuse.com

Association canadienne des centres contre les agressions à caractère sexuel <http://www.casac.ca>

Briere, J., et Jordan, C. E. (2004). Violence Against Women Outcome Complexity and Implications for Assessment and Treatment, *Journal of Interpersonal Violence*, Vol. 19, no 11

Centre national d'information sur la violence dans la famille <http://www.phac-aspc.gc.ca/nc-cn>

Ending Violence Association of BC <http://www.endingviolence.org/node/459>

Projet ontarien de dépistage de la violence faite aux femmes <http://womanabusescreening.ca/fr>

Réseau canadien pour la santé des femmes. Making the links: Violence, trauma and mental health <http://www.cwhn.ca/fr/node/41607>

The Stella Project. (2005). Domestic Violence, Drugs and Alcohol Toolkit. Greater London Domestic Violence Project (GLDVP) and Greater London Alcohol and Drug Alliance (GLADA): London, UK.

APPROCHES ADAPTÉES AUX POPULATIONS ET COMPÉTENCES CULTURELLES

ABrown, L. S. Emotional and Cultural Competence in the Trauma-Aware Therapist www.continuingcourses.net/active/courses/course074.php

Cercle national autochtone contre la violence familiale <http://nacafv.ca/fr/mandat>

Dell, C.A. (2006). Self-Harm Among Criminalized Women. Ottawa : Canadian Centre on Substance Abuse.

Fondation autochtone de guérison www.ahf.ca

Guarino K., Soares P. et Konnath K. (2007). Trauma-informed organizational self-assessment for programs serving families experiencing homelessness. Rockville, MD : Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration <http://www.familyhomelessness.org/media/90.pdf>

Health Canada (1996). Immigrant women and substance use: Current issues, programs and recommendations. Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues, Population Health Directorate: Ottawa, ON http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/index_e.html.

Mattar, S. (2010). Cultural Considerations in Trauma Psychology Education, Research and Training. *Traumatology*. 16 (4)

Portail des Autochtones du Canada www.aboriginalcanada.gc.ca

Law and Abused Immigrant Women <http://www.rosenet.ca/index.html>

Native Women's Association of Canada www.nwac-hq.org

Ontario Women's Justice Network http://owjn.org/owjn_2009/legal-information/understanding-violence-against-women

Prescott L., Soares P., Konnath K., et Bassuk E. (2007). A long journey home: a guide for creating trauma-informed services for homeless mothers and children. Rockville, MD : Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration <http://www.familyhomelessness.org/media/89.pdf>

Santé Canada (1996). Consommation d'alcool et d'autres drogues chez les femmes en milieu rural : de la problématique aux programmes. Ottawa, ON http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/adp-apd/index_e.html.

Santé Canada (2001). Meilleures pratiques – Traitement et réadaptation des femmes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres problèmes. Ottawa, ON http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/bp_women-mp_femmes/index-fra.php.

Santé Canada (2002). Meilleures pratiques – Troubles concomitant de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie. Ottawa, ON <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/pubs/adp-apd/index-fra.php>

The Homeless Hub <http://www.homelesshub.ca/Topics/Trauma-Informed-Care-512.aspx>

FAMILLES, RELATIONS ET ENFANTS

Addictions Foundation of Manitoba. (2003). Preventing FASD: Getting 'Moms' to Help: Using the Transtheoretical Model of Change with Pregnant Women who use Substances.

Allen, S. N. et Bloom, S. L. Group and Family Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder www.sanctuaryweb.com

Brown, L. S. (2008). Weaving the Web of Support: Working with Families and Communities and Caring for Oneself in Cultural Competence in Trauma Therapy: Beyond the Flashback. Washington, DC, American Psychological Association

Copello, A. G., et coll. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug and Alcohol Review*, 24

Cohen, L. R. et Hien, D. A. (2008). The Impact of Cumulative Maternal Trauma and Diagnosis on Parenting Behavior. *Child Maltreatment*. Vol. 13, No. 1

DiLillo, D. et Damashek, A. (2003). Parenting Characteristics of Women Reporting a History of Childhood Sexual Abuse. *Child Maltreatment*. Vol. 8, No. 4

Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale (ETCAF) – Prévention et perspectives canadiennes (Agence de la santé publique du Canada) www.phac-aspc.gc.ca/fasd-etcaf/cp-pc-eng.php

Finkelstein, N. (1994). Treatment Issues for Alcohol and Drug-dependent Pregnant and Parenting Women. *Health and Social Work*. Vol. 19

Finkelstein, N. Parenting Issues for Women with Co-Occurring Mental Health and Substance Abuse Disorders who have Histories of Trauma. Coordinating Center of the SAMHSA Women, Co-occurring Disorders and

Violence Study www.nationaltraumaconsortium.org/documents/ParentingFactSheet.pdf

Foa, E. (2009). *Effective Treatments for PTSD, Second Edition*. New York: The Guilford Press

ISTSS. *Couple and Family Therapy for Adults* www.istss.org.

Jablonski, B. et Moses, D. J. (2002). *Nurturing Families Affected by Substance Abuse, Mental Illness and Trauma. A Parenting Curriculum for Women and Children. The Women, Co-occurring Disorders and Violence Study* www.prainc.com/wcdvs

Jean Tweed Centre. (2005). *Practice Guidelines between Toronto Substance Abuse Treatment Agencies and Children's Aid Societies* www.jeantweed.com

Jean Tweed Centre. (2008). *Reaching Women, Reaching Children. ECDAI Project Evaluation Report* www.jeantweed.com

Jean Tweed Centre. (2011). *Best Practice Guidelines for Work with Caregivers who Misuse Substances: Understanding Addictions to Better Serve Children and Youth. Toronto Substance Abuse Treatment Agencies and Children's Aid Society of Toronto: A partnership of the Children's Aid Society of Toronto and Jean Tweed Centre* www.jeantweed.com

Leslie, M. (réd.) (2011). *Synthèse du programme BTC, Vol. 1 : Les origines des relations*. Toronto : The Mothercraft Press.

Lester, B. M. Andreozzi, L., et Appiah, L. (2004). *Substance Use During Pregnancy: Time for Policy to Catch up with Research*. *Harm Reduction Journal*. 1:5.

Marcellus, L. (2004). *Feminist Ethics Must Inform Practice 3: Interventions with Perinatal Substance Users*. *Health Care for Women International*. 25.

Motherisk – Centre de ressources établi à l'Hôpital des enfants de Toronto qui diffuse des renseignements sur les risques de l'exposition du fœtus à la drogue et à l'alcool www.motherisk.org

Nelson, B. S. et Wampler, K. S. (2000). *Systemic Effects of Trauma in Clinical Couples*. *Journal of Marital and Family Therapy*. Vol. 6, No. 2

Nelson Goff, B. S. et coll. (2006). *The Effects of Trauma on Intimate Relationships: A Qualitative Study with Clinical Couples*. *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 76, No. 4

Niccols, A. et coll. (2012) *Integrated Programs for mothers with substance abuse issues: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes*. *Harm Reduction Journal*. Vol. 9, No. 14.

Noether, C. D. et coll. (2007). *Promoting Resiliency in Children of Mothers with Co-Occurring Disorders and Histories of Trauma: Impact of a Skills-Based Intervention Program on Child Outcomes*. *Journal of Community Psychology*. Vol. 35, No. 7

Poole, N., et Urquhart, C. (2010). *Mothering and Substance Use: Approaches to Prevention, Harm Reduction and Treatment*. *Gendering the National Framework Series*. (Vol.3) Vancouver, BC: British Columbia Centre of

Price, A. et Simmel, C. (2002). Partners' Influence on Women's Addiction and Recovery: The Connection between Substance Abuse, Trauma, and Intimate Relationships. Berkeley, CA: National Abandoned Infants Assistance Resource Center, School of Social Welfare, University of California at Berkeley

Raskin, Valerie D. (1992). Maternal Bereavement in the Perinatal Substance Abuser. *Journal of Substance Abuse Treatment*. Vol. 9

Reynolds, W., Leslie, M., et DeMarchi, G. (2002). Guide SMART – Approches motivationnelles pour accompagner les femmes enceintes qui consomment de l'alcool pendant les étapes du changement : Guide de formation des intervenantes. Action on Women's Addictions – Research and Education (AWARE). Kingston et Toronto (Ontario).

Richter, K. P. et Bammer, G. (2000). A Hierarchy of Strategies Heroin-using Mothers Employ to Reduce Harm to their Children. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19

Tracy, E. M., et coll. (2010). Social Support: A Mixed Blessing for Women in Substance Abuse Treatment. *Journal of Social Work Practice in the Addiction*. 10(3)

Tracy, E. M. et Martin, T.C. (2007). Children's roles in the Social Networks of Women in Substance Abuse Treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 32

VanDeMark, N.R., et coll. (2005). New Directions for Families. *Alcoholism Treatment Quarterly*. 22: 3-4

VanDeMark, N.R., et coll. (2005). Children of Mothers with Histories of Substance Abuse, Mental Illness and Trauma. *Journal of Community Psychology*. Vol. 33, No. 4

Women, Co-Occurring Disorders and Violence Coordinating Center. Parenting Issues for Women with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders Who Have Histories of Trauma. Produced by the Coordinating Center of the SAMHSA Women, Co-Occurring Disorders and Violence Study
www.nationaltraumaconsortium.org/documents/ParentingFactSheet.pdf

The Jean Tweed Centre



For Women & Their Families

Ce guide a été réalisé et est distribué par l'organisme The Jean Tweed Centre.
Sa publication a été rendue possible grâce à une contribution financière de Santé Canada.

Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.