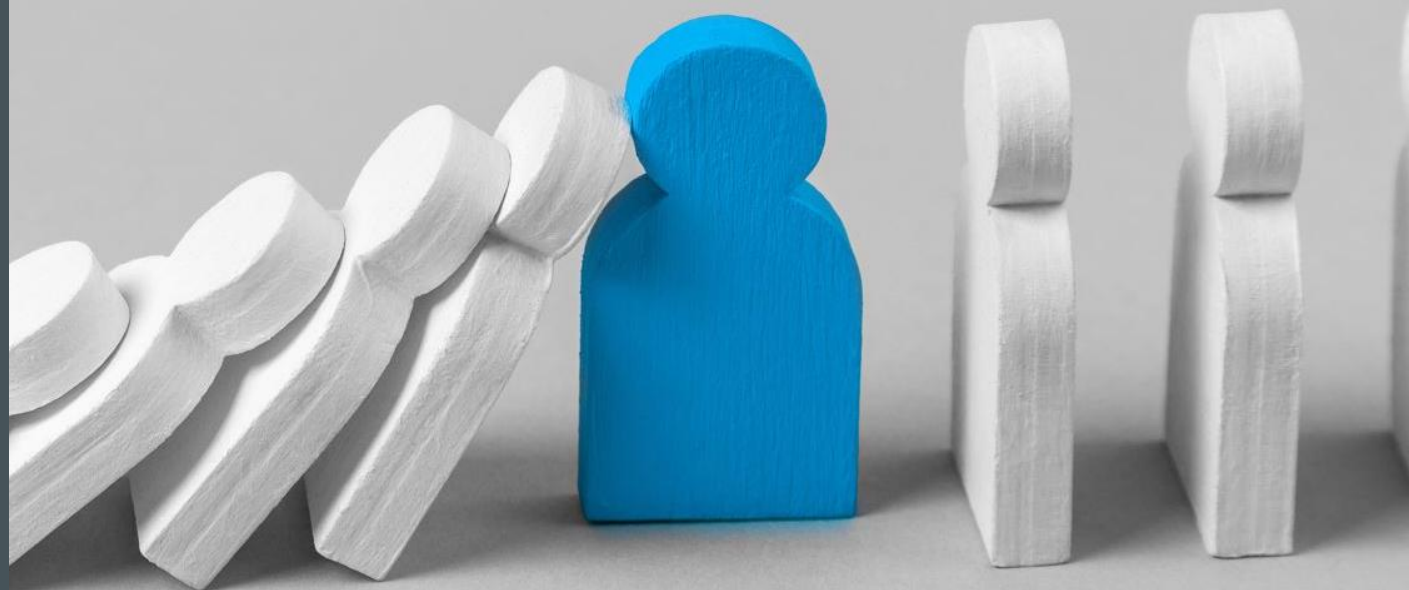


ÉVITER LA TROUBLE TRAHISON DES VICTIMES

EMPÊCHER LA VICTIMISATION
SECONDAIRE DANS NOS SERVICES

Par:

Abigaëlle Gascon, D.ps. Psychologue
Ann-Marie Lambert D.ps. Psychologue



DÉFINIR LA VICTIMISATION SECONDAIRE

- **La victimisation secondaire** correspond aux réactions insensibles, à l'indifférence et aux jugements de valeurs qui peuvent augmenter la souffrance de personnes victimes de violence (Wemmers et al., 2017).
- **La victimisation secondaire** est le manque de réponse que les victimes d'agression sexuelle reçoivent de la part du personnel des divers systèmes sociaux. Il s'agit des attitudes, comportements et pratiques de victim-blaming dans lesquels les prestataires de services s'engagent, pratiques qui résultent en un trauma/ du stress additionnel pour les victimes. (Campbell & Raja, 1995; 2005)

DÉFINIR LA VICTIMISATION SECONDAIRE

- Des exemples (fournis par l'AGID-SMQ -*Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec*):
 - **Faire sans cesse répéter à la personne son histoire traumatique**
 - Ne pas considérer la plainte qu'une personne formule (ou ne pas la croire par rapport à son vécu traumatique), parce que l'on considère que cela fait partie de son état mental (ou trouble mental). (« Oui mais elle est TPL »)
 - Donner un diagnostic et un traitement sans considérer la réalité/le vécu de la personne parce qu'on ne la croit pas.

CONSTAT: IL Y A DE LA VICTIMISATION SECONDAIRE DANS LES SERVICES OFFERTS AUX VICTIMES DE VIOLENCE.

- **Extraits issus du rapport « Les femmes à la croisée des oppressions en contexte de violence conjugale », produit par le Centre de recherche sociale appliquée en collaboration avec la TCMFM (Lanteigne & Seery, 2023):**

« Les intervenant.es me rappellent que je suis bipolaire, et que dans le fond, j'en invente. Pas me faire prendre au sérieux, c'est presque à tous les jours. »

-Femme Mauricienne victime de violence conjugale

- *« Oui, le fait que je suis sur l'aide sociale, le fait que je suis dyslexique, il y a des mots que je comprends pas ou que je prononce mal. Je les sens des fois, les regards de haut. [...] Des fois, tu le sens que la personne, on dirait qu'elle lève le menton et qu'elle te regarde avec un dégoût. Ils vont faire semblant que non, mais ça se sent ça là. Le malaise se sent pareil. »*

- Femme Mauricienne victime de violence conjugale

- **Plusieurs autres études qualitatives, où des survivantes (agression sexuelle ou violence conjugale) s'expriment sur leur vécu dans les services, confirment la victimisation secondaire vécue (p.ex: Ruiz et al., 2023; Trevillion et al., 2012).**

CONSTAT: IL Y A DE LA VICTIMISATION SECONDAIRE DANS LES SERVICES OFFERTS AUX VICTIMES DE VIOLENCE.

■ Des chiffres sur « l'invisibilisation de la violence » ...

- Une étude réalisée chez un groupe d'adultes recevant des services en santé mentale a montré que, par questionnaire, **77% des patient.es interrogé.es répondaient avoir vécu un ou des traumatismes durant l'enfance. Toutefois, une mention des traumatismes était faite dans seulement 38% des dossiers cliniques de ces mêmes patient.es** (revue rétrospective des notes cliniques prises « à vie »). – Rossiter et al., 2014
- Étude réalisée auprès de femmes en psychiatrie interne. **Dans 51% des dossiers psychiatriques, il n'y avait rien de mentionné par rapport au passé traumatique** (c'est-à-dire que la question de l'abus/le trauma n'avait pas été investiguée par les professionnel.les.) – Xiao et al., 2016
- Cela ne fait pas sens, si l'on considère que **nous connaissons depuis longtemps le lien entre les traumatismes vécus et les divers troubles de santé mentale.**

EXEMPLES ISSUS DE NOTRE PRATIQUE

(CERTAINS DÉTAILS ONT ÉTÉ CHANGÉS POUR MAXIMISER LA CONFIDENTIALITÉ)

- Annabelle, 26 ans, abus sexuels dans l'enfance par un ami de la famille, violence psychologique et physique de la part de son père durant l'enfance. Elle est en arrêt de travail suite à un autre trauma récent, où elle a été attaquée par un inconnu à la sortie de son travail. « Mon infirmier praticien axe toutes les rencontres avec lui sur mon arrêt de travail. **Il me confronte impatiemment**, sans cesse, à la nécessité de retourner travailler, sans écouter mes préoccupations de santé, ni tenter de comprendre mon état post-traumatique. Il explique agir ainsi, parce que selon l'algorithme, je dois retourner travailler. ».
- Valérie, 35 ans, Victime de violence sexuelle et physique de la part de son ex-conjoint. Quelques mois après la séparation, elle est hospitalisée en soins psychiatriques. Elle présente des symptômes post-traumatiques et dissociatifs, mais reçoit **un diagnostic de TPL**. « L'infirmière voulait bien faire, mais elle m'a dit que je me noyais dans une flaque d'eau, qu'elle ne comprenait pas pourquoi j'étais encore autant affectée par les événements, puisque c'était terminé depuis un certain temps. Je me suis tellement sentie invalidée. Je n'ai plus osé m'ouvrir par la suite. »
- Julie, 40 ans, violence physique par son demi-frère (plus vieux) dans l'enfance; violence sexuelle et conjugale à l'âge adulte, à répétition. Elle présente des problèmes de sommeil lorsque je la reçois dans mon bureau pour une évaluation. « J'avais été attirée à un médecin, mais il a dit qu'il ne prend pas ça lui, **les TPL**, que mon cas est trop compliqué; alors j'attends (...) ».
- Éva, 30 ans, violence sexuelle et physique dans l'enfance par des figures d'attachement; violence conjugale à l'âge adulte. Madame vit un deuil actuel parce qu'elle vient de perdre sa sœur; elle est en arrêt de travail suite à ce deuil et elle a récemment fait une tentative de suicide. *Une histoire de Ping-pong dans les services s'en suit...*

LES POSSIBLES MÉCANISMES SOUS-JACENTS DE LA VICTIMISATION SECONDAIRE ...

On ne devient pas professionnel.le de la santé ou intervenant.e dans le but de nuire aux personnes que l'on accompagne dans notre travail. Bien souvent, nous souhaitons aider et non pas blesser davantage les usager.ères que nous accompagnons.

Mais pourquoi donc, malgré nous, nous participons parfois tout de même à la victimisation secondaire des personnes violentées?

LES POSSIBLES MÉCANISMES SOUS-JACENTS DE LA VICTIMISATION SECONDAIRE...

Nos croyances fondamentales sur le monde (Janoff-Bullman, 1992; 1996)

- Le monde est juste et bienveillant
- Le monde a un sens (il y a une contingence entre les comportements des individus et ce qui leur arrive)
- Croyance en sa valeur personnelle: « Je suis une personne morale, donc je suis protégée de l'infortune. »

LES POSSIBLES MÉCANISMES SOUS-JACENTS DE LA VICTIMISATION SECONDAIRE...

La dissociation et le déni collectifs face aux traumas (Herman, 1992)

- « La réponse ordinaire aux atrocités est de les bannir de la conscience. »
- « Le déni, la répression et la dissociation opèrent à un niveau social en plus d'opérer au niveau individuel. »
- « Quand les événements traumatiques sont de conception humaine, ceux qui en sont témoins sont pris dans un conflit entre la victime et l'agresseur. Il est moralement impossible de rester neutre dans un tel conflit. Le témoin doit choisir un côté. Il est très tentant de prendre le côté de l'agresseur. **La seule chose que l'agresseur demande du témoin, c'est de ne rien faire. [...] La victime, au contraire, demande au témoin de partager le poids de sa douleur.** La victime demande de l'action, de l'engagement et de se souvenir. »

LES POSSIBLES MÉCANISMES SOUS-JACENTS DE LA VICTIMISATION SECONDAIRE...

Le rôle du contre-transfert dans la relation professionnel.le/client.e

- Le contre-transfert constitue les réactions du professionnel.le (émotionnelles, cognitives, corporelles) envers son client.e (Laplanche & Pontalis, 2007). Le concept de contre-transfert est appuyé par un corpus théorique et clinique, ainsi que par les neurosciences (Mc Williams, 2011).
- Ces réactions sont conscientes ou inconscientes et peuvent :
 - 1) Provenir des enjeux personnels du professionnel.le
 - 2) Être une réaction aux difficultés et au vécu du/de la client.e. Dans ce cas, il existe un contre-transfert concordant (« je me sens comme lea client.e ») ou contraire (« j'éprouve une réaction non empathique »). (Mc Williams, 2011).
- **Le contre-transfert typique des professionnel.le face aux victimes d'agression sexuelles (Davies & Frawley, 1994) :**
 - 1) Se couper du vécu pénible du/de la client.e, (par exemple, être indifférent ou distrait).
 - 2) Se couper de l'empathie ressentie envers lea client.e (par exemple, devenir froid ou brusque dans ses interventions).
 - 3) Nier le vécu de la personne (par exemple, ne pas arriver à croire qu'une personne a vécu quelque chose d'aussi grave ou minimiser ce qui est rapporté).
 - 4) Se sentir impuissant.e, démuni.e, (ce qui peut mener, par exemple, à des comportements de contrôle envers lea client.e ou à ne pas faire confiance aux ressources de la personne,).
 - 5) Se sentir sans espoir, angoissé.e face au rôle d'aidant.e (par exemple, lea professionnel.le en vient à penser qu'une victime de trauma ne peut être aidée, car les séquelles sont trop importantes).

LES POSSIBLES MÉCANISMES SOUS-JACENTS DE LA VICTIMISATION SECONDAIRE...

Transformer le contre-transfert en un atout (Mc Williams, 2011) :

- D'abord, tenter de prendre du recul pour identifier nos réactions face au/à la client.e.
- Dans un deuxième temps, il peut être utile d'identifier si nos réactions sont liées à nos propres enjeux ou si cela pourrait être une réaction au vécu du client/à ses traumatismes.
 - 1) Nos propres enjeux : le fait de les identifier nous permet de nous en distancier et de demeurer dans une relation empathique et de collaboration.
 - 2) Une réaction face au vécu/aux traumatismes: nous permet de nous distancier de notre réaction, mais aussi d'approfondir notre empathie et notre compréhension du vécu de la personne.
- Exemple: Annick est un.e psychologue qui travaille en santé mentale deuxième ligne avec une jeune femme de 19 ans victime de proxénétisme et d'agressions sexuelles par des *gangs* de rue. Elle pense que sa cliente a eu de mauvaises fréquentations, et qu'elle est donc en partie responsable de son vécu, ce qu'elle lui communique en séance avec l'objectif de la « responsabiliser ». La cliente est très blessée par ce propos et songe à mettre un terme aux rencontres. Puis, Annick à une discussion avec une collègue, qui l'amène à des prises de conscience face à sa position contre-transférentielle...

PAUSE RÉFLEXIVE

- Est-ce que prendre contact avec la violence commise par les humains m'ébranle?
- Si oui, est-ce possible que j'ai tendance à vouloir m'en détacher, autrement dit, à mettre la violence loin de ma conscience?
- Comment cet éloignement affecte la relation avec les usager.ères de services que je rencontre dans mon travail ? *M'est-il arrivé d'éviter volontairement le sujet des traumas vécus par une personne ? De ne pas la questionner sur un possible passé traumatique? De « blâmer la victime » (dans ma tête ou dans la réalité)?*
- Comment ferai-je à l'avenir pour à la fois 1) me préserver en tant qu'intervenant.e et 2) éviter la victimisation secondaire ?

PISTES D'INTERVENTION POUR ÉVITER LA VICTIMISATION SECONDAIRE

■ Un bon antidote à la victimisation secondaire est:

L'approche sensible aux traumatismes (SAMHSA, 2014):



Sécurité



**Confiance et
transparence**



**Support par les
pairs***



**Collaboration &
mutualité**



**Empowerment &
choix**



**Enjeux culturels,
historiques et de
genre**

ENJEUX CULTURELS, HISTORIQUES ET DE GENRE

L'importance des compétences culturelles/de l'humilité culturelle dans l'intervention auprès des personnes victimes de traumatisme (Brown, 2008) :

- Tenir compte de la complexité des expériences d'une personne et des couches identitaires multiples plutôt que d'adopter une approche unique
 - Âge, classe sociale, appartenance socioculturelle, croyances religieuses, appartenance à la communauté 2SLGBTQ+, statut d'immigration, niveau de littératie, niveau d'acculturation, etc.
- Conscientiser et tenir compte de ses propres privilèges et biais, de même que de ses propres identités culturelles.
- Adopter une « humilité culturelle »: mettre de l'avant un savoir-être empreint de respect et d'appréciation de l'expérience de l'autre, de même que de ses ressources.
- Exemple: Gabriel est un homme trans ayant vécu de la négligence importante et de la violence physique au cours de son développement. Il consulte un psychiatre pour une consultation psychiatrique. Il se sent invalidé et heurté, car ce dernier met tout le compte de ses difficultés sur sa transidentité et ne considère pas les autres aspects de son histoire et de sa condition.
- Au contraire, au centre de crise, Gabriel s'est senti en confiance quand l'intervenant lui a reflété comme hypothèse, qu'il se pourrait que ses différentes conditions minoritaires augmentent son stress. Il a aussi précisé que si Gabriel le souhaite, il peut préciser selon son point de vue ce qui contribue à ses difficultés actuelles.

PISTES D'INTERVENTION EN ACTION!



Sécurité

RENCONTRE TRÈS SILENCIEUSE AVEC SAMIRA EN CPS...

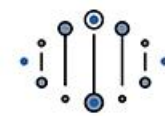
**DIFFÉRENCES ENTRE VERSION 1 ET 2 ?
VOS COMMENTAIRES ?**

RESSOURCES « TRAUMA SENSIBLES » POUR MIEUX ENTENDRE ET ACCOMPAGNER LES VICTIMES DE VIOLENCE



Plateforme instagram « trauma.sensibles »

<https://www.traumaconsortium.com/fr/ressources/>



Clinique des
troubles dissociatifs
S.E.N.C.R.L.

<https://cliniquedissociation.ca/>

<https://www.complextrauma.org/>



QUESTIONS?

abigaelle.gascon@gmail.com

am.lambert@cliniquedissociation.ca

RÉFÉRENCES

- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. *Lutter contre la victimisation secondaire: une question de droits*. (Juin 2010). <https://www.agidd.org/publications/lutter-contre-la-victimisation-secondaire-une-question-de-droits/>.
- Brown, L. S. (2008). *Cultural competence in trauma therapy –Beyond the flashback*. American Psychiatric Association.
- Davies, J. M., & Frawley, M.G. (1994). *Treating adults survivors of childhood sexual abuse. A psychoanalytic perspective*. Basic Books.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. Free Press.
- Janoff-Bulman, R., & Frantz, C. M. (1996). The Loss of Illusions: The Potent Legacy of Trauma. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 1(2), 133–150. <https://doi.org/10.1080/15325029608412837>
- Lanteigne, A. & Seery, A. (2023). Les femmes à la croisée des oppressions en contexte de violence conjugale : Obstacles et pistes d'amélioration dans l'accès et l'utilisation des services en Mauricie et dans les communautés Atikamekw. Synthèse du rapport de recherche. Pour la Table de concertation du mouvement des femmes de la Mauricie (TCMFM). <https://www.lecrsa.ca/wp-content/uploads/2023/05/Rapport-de-recherche-2023.pdf>
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2007). *Vocabulaire de la psychanalyse* (5^e éd.). Presses universitaires de France.

RÉFÉRENCES

- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis*. The Guilford Press.
- Rossiter, A., Byrne, F., Wota, A. P., Nisar, Z., Ofuafor, T., Murray, I., ... & Hallahan, B. (2015). Childhood trauma levels in individuals attending adult mental health services: An evaluation of clinical records and structured measurement of childhood trauma. *Child abuse & neglect*, 44, 36-45
- Ruiz, A. M., Moore, K. M., Woehrle, L. M., Kako, P., Davis, K. C., & Mkandawire-Valhmu, L. (2023). Experiences of dehumanizing: Examining secondary victimization within the nurse-patient relationship among African American women survivors of sexual assault in the Upper Midwest. *Social Science & Medicine*, 329. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116029>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. (No. SMA 14-4884. https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf
- Trevillion, K., Howard, L. M., Morgan, C., Feder, G., Woodall, A., & Rose, D. (2012). The response of mental health services to domestic violence: a qualitative study of service users' and professionals' experiences. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18(6), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1078390312459747>
- Wemmers, J.A. (2017). *Victimologie: Une perspective canadienne*. PUQ.
- Xiao, C. L., Gavriliadis, E., Lee, S., & Kulkarni, J. (2016). Do mental health clinicians elicit a history of previous trauma in female psychiatric inpatients?. *Journal of Mental Health*, 25(4), 359-365.