

Un clinicien ou une clinicienne qui décèle la multiplication ou l'agencement de ces symptômes et comportements chez un patient ou une patiente et qui remarque que la personne fournit des renseignements incomplets ou discordants devrait y voir la marque possible d'antécédents de violence ou de mauvais traitements :

Un clinicien ou une clinicienne qui décèle la multiplication ou l'agencement de certains symptômes et comportements chez un patient ou une patiente et qui remarque que la personne fournit des renseignements incomplets ou discordants devrait y voir la marque possible d'antécédents de violence ou de mauvais traitements.

Mais je demandais [aux praticiens et praticiennes] de pousser d'un cran, de [discuter] ... avec les hommes, surtout ceux souffrant de toxicomanie, de troubles de l'alimentation ou du sommeil, de dépression — bref, de tout ce qui touche les émotions, les problèmes émotionnels ou les questions de santé mentale. Selon moi, il est important que ces [cliniciens et cliniciennes] ... reçoivent une formation leur permettant ... de reconnaître [les comportements susceptibles d'être liés à des sévices passés] et soient au fait des symptômes réels (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

Bien qu'ils laissent manifestement entendre que la personne ait pu souffrir de mauvais traitements ou d'un trauma psychologique, de tels indicateurs risquent aussi d'être le produit d'autres facteurs — ce dont les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé doivent absolument être conscients. Les mauvais traitements ne sont pas toujours la cause des comportements observés. Il n'en demeure pas moins indispensable de s'informer de possibles antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance.

Les antécédents de santé d'un client ou d'une cliente devraient considérer la violence et les sévices passés sous tous leurs rapports.

8.3 Demandes de renseignements sur les sévices passés

Les preuves de l'existence d'un lien entre la violence ou les mauvais traitements, d'une part, et les ennuis de santé, d'autre part, se multiplient. S'ajoutent à ces preuves les études réalisées dans le cadre du projet, qui illustrent tout l'éventail des répercussions nocives que peuvent avoir les violences passées sur les échanges entre praticiens

ou praticiennes et personnes ayant survécu à une agression sexuelle. En conséquence, toute collecte de renseignements sur les antécédents de santé d'un client ou d'une cliente devrait considérer

la violence et les sévices passés sous tous leurs rapports :

Selon moi, il importe, au moment d'établir les antécédents médicaux, que [les praticiens et praticiennes de la

santé] posent des questions sur les mauvais traitements, surtout s'il s'agit d'une femme. De plus, une personne qui prétend s'attaquer à la douleur des femmes et qui ne s'enquiert pas de la place de la violence dans la vie d'une femme ne fait pas son travail. Ces convictions sont très fortes chez moi (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{163p.93}.

i Section 2.5 – Effets sur la santé de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants

En demandant systématiquement aux clients et clientes s'ils ont des antécédents de violence et de mauvais traitements, les praticiens et praticiennes donnent une occasion de divulgation aux personnes qui choisissent de partager leur expérience en ces matières. En procédant de la sorte, les praticiens et praticiennes :

(a) démontrent une connaissance du lien qui existe entre la violence interpersonnelle et la santé ; (b) rompent le silence préjudiciable dans lequel s'enveloppent la violence et les

mauvais traitements ; (c) indiquent qu'ils reconnaissent la violence

interpersonnelle

en tant qu'enjeu de santé ; et (d) valident les expériences vécues par leurs patients et patientes. S'informer des antécédents de violence favorise également la prestation de meilleurs de soins de santé et contribue à prévenir ou à atténuer la répétition des traumatismes qui survient souvent en milieu de santé.

Certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle souhaiteraient divulguer leurs

antécédents, mais ne peuvent le faire seules, car le sujet leur est trop pénible. Pour elles, l'initiative des praticiens et praticiennes qui s'enquêtent de la question constitue un véritable soulagement :

J'ai été vivement soulagé d'entendre le médecin me demander « avez-vous déjà subi des violences par le passé ? » (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Par ailleurs, pour les patients et patientes ayant survécu à une agression sexuelle, les demandes de renseignements sur les sévices passés constituent parfois le point de départ d'une démarche propice à la création d'un réseau d'entraide. Certains de ces clients et clientes

sont aux prises avec des ennuis de santé chroniques, liés à la violence envers les enfants, qui se traduisent par des hauts et des bas sur

le plan de santé. Ainsi, ils connaissent des périodes où leur santé est passablement bonne et d'autres où leurs symptômes s'aggravent (p. ex., douleur, anxiété ou dépression). L'évaluation de ce cycle lors de l'établissement systématique des antécédents de santé permet aux praticiens et praticiennes de développer une collaboration proactive avec ces personnes, au moment où elles sont assez bien portantes, en vue de l'instauration de services adéquats d'appui à la santé. Par contre, si les cliniciens ou cliniciennes prennent initialement connaissance des sévices passés en période de crise, il leur sera peut-être plus difficile d'agir efficacement :

Si nous soulevons soudainement la question après l'avoir tue pendant des années, il sera difficile de s'adapter au déferlement de réactions qui s'ensuivra (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

D'affirmer l'un des praticiens ou l'une des praticiennes consultés :

La plupart des patients et patientes qui consultent un chiropraticien ou une chiropraticienne le font en raison de douleurs (cervicalgies, douleurs lombaires ou maux

de tête). Lors de l'interrogatoire, je demande s'ils sont en mesure de cerner des facteurs aggravants. Parfois j'obtiens comme réponse le stress. Dans d'autres cas, je demande à la personne de m'indiquer si le stress ou les perturbations affectives pouvaient aggraver ses symptômes. Si elle répond par l'affirmative, je m'enquiers des principales sources de stress (« votre stress provient-il de votre vie de famille, de votre travail, de vos études, de votre situation financière, de problèmes liés à vos proches, et ainsi de suite »). Si le patient ou la patiente confirme que le stress constitue un facteur tout en réussissant à

Je profite de l'interrogatoire pour cultiver de bons rapports avec le patient ou la patiente. À cette étape, la personne qui se sent écoutée et soignée décide souvent de révéler son secret concernant la violence sexuelle pendant l'enfance.

- Un praticien ou une praticienne de la santé -

identifier les principaux éléments déclencheurs de réactions de stress, alors je demande si la personne dispose d'un bon système d'entraide (« vous confiez-vous à des amis ou amies, à des êtres chers ou à

d'autres membres de votre famille ? »). Ensuite, je lui demande de faire état de son utilisation du réseau d'entraide. À cette étape, bien des individus donnent des réponses comme « je n'utilise pas le réseau autant que je le devrais » ou « j'utilise le réseau, mais je crois que les gens en ont assez de m'écouter ». Je peux alors intervenir en expliquant à la personne que j'entretiens un solide réseau de collègues à qui recommander des patients et patientes, ajoutant qu'elle aurait peut-être avantage à consulter un conseiller ou une conseillère. Je ne demande pas nécessairement de détails relatifs au stress, mais même s'ils le savent déjà, de nombreux patients ou patientes choisissent spontanément de divulguer leurs expériences ... Bref, je profite de l'interrogatoire pour cultiver de bons rapports avec le patient ou la patiente. À cette étape, la personne qui se sent écoutée et soignée décide souvent de révéler son secret concernant la violence sexuelle pendant l'enfance. Tout au long de leur visite, les patients et patientes contrôlent le déroulement de toutes les activités, et je le leur rappelle sans cesse en vue de les rassurer. Le contact s'établit lors de l'interrogatoire et s'approfondit au fil de l'examen et des traitements.

Conformément aux constats formulés par d'autres chercheurs et chercheuses, les études réalisées dans le cadre du projet montrent clairement que les praticiens et praticiennes de la santé sont tenus, sur le plan professionnel et déontologique, de demander des renseignements sur la violence et les mauvais traitements. Il importe cependant d'inscrire cette affirmation dans l'actuel débat concernant les preuves permettant de justifier le dépistage de la violence interpersonnelle et la cueillette de données afférentes. Force est de reconnaître aussi que les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ne souhaitent pas toutes être interrogées à propos de leurs sévices passés et pourraient fort bien choisir de ne rien divulguer :

Si je voulais lui dire, je le ferais. Ça ne le regarde pas (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

Tant que les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé respectent la volonté des personnes ayant survécu à une agression sexuelle qui préfèrent ne pas divulguer leurs antécédents de mauvais traitements, il n'y a rien de mal à demander des renseignements sur le sujet. Le Family Violence Prevention Fund Research Committee entérine ce point de vue en affirmant : « Nous n'avons connaissance d'aucune étude qui donne à penser que l'évaluation et/ou les interventions [en matière de violence familiale ou de violence exercée par le partenaire intime] en milieu de santé soient préjudiciables aux patients ou patientes »^{56p.5} [traduction]. Comme l'explique une personne ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet :

Je ne sais pas s'il est préjudiciable de demander des renseignements. Je dirais qu'une personne en déni ou qui ne sait trop si l'on compte dévoiler ses secrets choisira sans doute de ne rien dire. À tout le moins, elle aurait l'occasion de rétorquer « mais de quoi parlez-vous ? » ou de ne laisser filtrer que quelques éléments d'information ... Si je ne suis pas prêt à en parler, je vais simplement passer mon tour et répondre que je ne suis au courant de rien (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

i Annexe I – Le débat concernant les preuves relatives aux demandes de renseignements sur la violence interpersonnelle

Pour maints praticiens et praticiennes, les attitudes constituent le point de départ de la formulation systématique de demandes de renseignements sur la violence interpersonnelle. En cette matière, des recherches ont révélé l'existence d'obstacles tels que : (a) la méconnaissance du sujet et le manque de formation quant à la façon de poser des questions pertinentes^{43,80} ; (b) les contraintes de temps et les carences sur le plan de la protection de la vie privée⁵⁴ ; (c) la conviction que les sévices passés ne posent aucun problème pour les patients et patientes ; et (d) le sentiment de frustration suscité par l'incapacité d'aider les victimes¹¹⁸. L'expérience personnelle du clinicien ou de la clinicienne à l'égard de la violence risque également d'agir sur son refus d'aborder le sujet avec les patients et patientes¹⁰⁹. Cela dit, les demandes systématiques à propos de la violence

interpersonnelle n'en demeurent pas moins fondamentales pour la pratique sensible :

Pour maints praticiens et praticiennes, les attitudes constituent le point de départ de la formulation systématique de demandes de renseignements sur la violence interpersonnelle.

Incontestablement, [les praticiens et praticiennes] comprennent que cela fait partie de moi, qu'il faut le reconnaître et que la stratégie à adopter pour me soigner s'en trouve modifiée (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Les hommes et les femmes ayant pris part au projet ont décrit un ensemble de facteurs qui pourraient s'avérer propices à la divulgation. Ainsi ces personnes sont à l'affût de signaux attestant que le clinicien ou la clinicienne connaît les effets de la violence interpersonnelle, y compris des affiches ou brochures à l'intention des deux sexes, posées ou laissées bien en vue dans les salles d'attente, les salles de bain et les salles d'examen. En outre, il importe aux personnes ayant survécu à une agression sexuelle de se sentir en sécurité et de pouvoir faire confiance à leurs praticiens ou praticiennes :

Dès le début, mon médecin m'a mis à l'aise, et j'ai reconnu en lui une personne à qui parler. Je suis marié depuis vingt-huit ans et je n'ai jamais réussi à révéler mon secret à mon

épouse, mais à lui, je l'ai dit. J'ai beaucoup cheminé sur la voie du rétablissement, mais je ne sais si cela aurait été possible sans cette oreille bienveillante (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Il y avait [un praticien ou une praticienne en particulier] qui faisait preuve d'une telle gentillesse ! ... Je n'aurais certainement eu aucun mal à partager avec cette personne, vous savez, mon expérience, les choses qui me sont arrivées (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont fait valoir l'importance du secret professionnel dans leur décision de divulguer ou non leurs antécédents :

Sans doute que le principal enjeu a trait ... au secret professionnel. [Je dois savoir] si d'autres personnes sont mises au courant ... et ce qu'on va faire avec l'information (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Il existe des lignes directrices et des recommandations visant les demandes de renseignements sur la violence ou les sévices passés^{p. ex.,4,5,10}. Publiés par des associations professionnelles et des organismes de réglementation et d'attribution des permis, ces textes, pour la plupart, omettent d'aborder précisément la façon de considérer la tâche. Comme l'observent les gastro-entérologues Alexandra Ilnyckyj et Charles Bernstein⁸⁸, cette absence de spécificité contribue au retard qu'accuse l'intégration concrète de telles demandes aux méthodes courantes de prestation des soins de santé, même là où les pourvoyeurs et pourvoyeuses croient en la pertinence des renseignements pour le patient ou la patiente.

 Ressources et ouvrages recommandés – Outils de dépistage

La relation thérapeutique et l'établissement de santé sont deux facteurs de la plus haute importance lorsqu'il s'agit de demandes de renseignements sur les sévices passés. Les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada constituent un précieux aide-mémoire pour les cliniciens et cliniciennes en ce qui touche la relation thérapeutique. On y lit « [qu'il] existe plusieurs questionnaires validés

pour la recherche de renseignements au sujet de la [violence exercée par le partenaire intime] ; cependant, la nature de la relation médecin-patiente [ou médecine-patiente] et la façon dont les questions sont posées semblent être plus importantes que l'outil de dépistage utilisé¹⁵². » En ce qui concerne l'établissement, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet ont fait valoir que les milieux propices à la protection de la vie privée et où l'on trouve des renseignements accessibles et bien en vue (p. ex., affiches ou brochures) véhiculaient l'image de praticiens et de praticiennes qui connaissent le lien existant entre violence interpersonnelle et santé.

Demandes verbales. Il n'existe pas de méthode universelle pour s'enquérir des antécédents d'une personne en ce qui touche les mauvais traitements subis pendant l'enfance. Les méthodes directes procurent un soulagement à certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle, mais peuvent paraître intrusives à d'autres. Afin de situer le contexte et d'établir le bien-fondé de la démarche, il est utile de présenter les questions d'une façon qui souligne le lien entre les sévices passés et la santé ou la prestation de soins. Les praticiens et praticiennes pourraient s'inspirer des énoncés suivants pour formuler d'éventuelles introductions aux demandes de renseignements sur les antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance :

- « La recherche nous apprend que la violence sexuelle à l'endroit de filles et de garçons est beaucoup plus répandue qu'on ne l'a déjà cru. Nous savons aussi que cette violence risque d'avoir des effets à long terme sur la santé. »
- « Y a-t-il, dans votre passé, des événements qui vous posent des difficultés au moment de subir un examen physique ou de consulter un praticien ou une praticienne ? Si oui, je désire en prendre connaissance afin que nous puissions collaborer plus aisément. »
- « Certaines femmes (ou certains hommes) souhaiteraient aborder des sujets très intimes ou délicats avec leur pourvoyeur ou pourvoyeuse de soins de santé. Si tel est votre cas, je suis à votre écoute. »

De tels énoncés et de telles questions ouvrent la porte à une divulgation qui pourrait survenir sur-le-champ ou à un moment ultérieur. Si la personne hésite ou semble vouloir répondre à contrecœur, le clinicien ou la clinicienne pourrait renchérir efficacement au moyen d'une formule comme celle-ci :

- « Je sais qu'il est parfois difficile d'aborder ces sujets. Il importe de poser la question, car plus que jamais les preuves démontrent que la violence et les mauvais traitements altèrent la santé humaine et compliquent les échanges avec les praticiens et praticiennes de la santé. Rien ne vous oblige à m'en parler. Si vous voulez le faire, il me fera plaisir de collaborer. Ensemble, nous veillerons à ce que vous soyez à l'aise lors de nos rencontres et receviez tout l'appui et toute l'aide dont vous avez besoin. »

Peu importe la formulation des questions, la décision de divulguer dépend de la confiance qu'inspire le pourvoyeur ou la pourvoyeuse de soins de santé — comme l'ont fait remarquer les participants et participantes consultés dans le cadre du projet :

Un jour [un praticien ou une praticienne] m'a demandé « avez-vous, pendant votre enfance ou plus récemment, subi un trauma qui pourrait provoquer ces symptômes ? » J'ai immédiatement pensé « fort bien, je peux en parler, je n'essuierai aucun rejet » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Selon certains hommes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet, il est parfois difficile de cerner le renseignement demandé par les cliniciens et cliniciennes. Ainsi, une question comme « avez-vous des antécédents en matière de violence sexuelle ? » pourrait porter soit sur les sévices sexuels subis par le patient, soit sur les sévices commis par ce dernier. Par conséquent, les praticiens et praticiennes de la santé qui interrogent un homme devraient

clairement demander s'il a été la victime de mauvais traitements par le passé.

Lors des consultations relatives au projet, la plupart des hommes ou des femmes ayant survécu à une agression sexuelle ont déclaré ne pas

vouloir aborder les *détails* de cette agression avec les praticiens et praticiennes:

À la suite d'une divulgation, certaines personnes tentent d'arracher d'autres renseignements. Pareille atteinte à la vie privée est inacceptable (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Demandes écrites. Les personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet ne sont pas toutes du même avis quant au bien-fondé des demandes écrites et verbales. Celles qui prônent le recours aux questionnaires écrits jugent ces derniers moins intimidants que les demandes verbales. Les autres préfèrent la méthode verbale parce qu'elle se prête à une conversation continue. À la lumière des préférences exprimées par les personnes ayant survécu à une agression

sexuelle, la stratégie la plus prudente pour les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé consisterait à toujours recourir aux deux méthodes (écrite et verbale)

Il n'existe pas de méthode universelle pour s'enquérir des antécédents d'une personne en ce qui touche les mauvais traitements subis pendant l'enfance.

La stratégie la plus prudente pour les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé consisterait à toujours recourir aux deux méthodes (écrite et verbale) en vue de s'enquérir des antécédents de santé.

en vue de s'enquérir des antécédents de santé, attendu cependant que les patients et patientes pourraient choisir de ne rien divulguer.

8.4 Comment réagir efficacement en cas de divulgation

En premier lieu, il importe vraiment de dire [aux personnes ayant survécu à une agression sexuelle] ... que vous les croyez, car vous serez peut-être les premiers à recevoir leurs confidences. De plus, il est très important de les accueillir comme individus. [Par exemple,] peu importe vos propres opinions, vous pouvez dire « ça me désole d'apprendre cela » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.258,163p.95}.

Lorsqu'une personne ayant survécu à une agression sexuelle choisit de divulguer son expérience, il est capital de lui faire savoir qu'elle a été entendue et crue. Sans égard à l'importance du suivi (sujet dont traite la prochaine section), la réaction verbale et non verbale du praticien ou de la praticienne est susceptible d'avoir d'énormes répercussions sur la personne.

Accepter l'information. La personne doit savoir que le pourvoyeur ou la pourvoyeuse de soins de santé entend ses propos, accepte l'information et soutient l'idée que les enfants ne peuvent être tenus responsables de mauvais traitements dont ils sont victimes :

Il a d'abord réagi en prenant acte de mes propos et, vous savez, en montrant l'image d'une bienveillance sincère. Il semblait vouloir me suivre sans rien refuser. Pas de conseils, pas de consignes. Rien d'autre qu'une sorte d'accompagnement progressif, vous savez ? Et j'ai trouvé cela excellent (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

D'ordinaire, une personne ayant survécu à une agression sexuelle qui divulgue ses antécédents de mauvais traitements le fait dans l'espoir d'en tirer un résultat positif. Si le praticien ou la praticienne ne réagit pas, la personne pourrait percevoir ce silence comme un signe de désintérêt et être tentée de ne plus jamais en parler. En outre, la personne risque de cesser de consulter ce praticien ou cette praticienne, voire d'éviter désormais toute forme de service de santé :

J'ai fait état de mes antécédents de violence [à la pourvoyeuse de soins de santé]. Elle [n'en] a pas pris acte ... Elle a simplement continué de travailler ... Holà ! Si quelqu'un te dit une telle chose, il faut en prendre acte. Sans quoi j'en déduis que la chose n'est pas valide, n'a aucune importance, ne nous concerne en rien (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{163p.95}.

Témoigner de l'empathie et de la compassion. La personne ayant survécu à une agression sexuelle doit aussi savoir que le praticien ou la praticienne se soucie d'elle. De simples témoignages d'empathie et de sollicitude peuvent attester la compassion et l'intérêt portés à la personne :

Il m'a simplement regardé et dit, vous savez, je suis vraiment désolé d'apprendre ce qui vous est arrivé. Il n'aurait pu trouver meilleurs mots (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)¹⁵⁸.

J'ai souvenir qu'elle m'ait procuré du réconfort, sans doute par ses paroles. Elle a sans doute dit « vous pouvez vous laisser aller à pleurer ». Peut-être m'a-t-elle frotté le bras. Je l'entends encore me dire qu'elle allait me donner un numéro où je trouverais une oreille compatissante, ce qu'elle a d'ailleurs fait. Elle a traité la chose de façon très professionnelle (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Préciser la question du secret professionnel.

Pour bon nombre de personnes ayant survécu à une agression sexuelle, le maintien du secret professionnel est un enjeu crucial. Le praticien ou la praticienne qui prend acte de la divulgation faite par un patient ou une patiente doit aviser cette personne de l'étendue du secret professionnel à prévoir, et ce, peu importe que la question ait été abordée ou non auparavant. Par exemple, le clinicien ou la clinicienne pourrait commencer par dire « parce que vous êtes d'âge adulte, je n'ai aucune obligation juridique de signaler le cas à la police ou à une agence de protection de l'enfance », puis enchaîner par « il me semble important d'ajouter à votre fiche une note concernant votre expérience pendant l'enfance. Accepteriez-vous que je le fasse ? »

i Section 8.7 – Questions d'ordre juridique et questions relatives à la tenue de dossiers

La phrase qui compte le plus, c'est « quoique vous me disiez, cela restera confidentiel ». Car le secret professionnel revêt une énorme importance (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

Reconnaître la prévalence de la violence. Dans bien des cas, en ce qui concerne les sévices subis, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle se sentent seules et très isolées, ce qui ne surprend guère. En démontrant sa conscience de la prévalence et des effets à long terme de la violence sexuelle pendant l'enfance, le pourvoyeur

ou la pourvoyeuse de soins de santé contribue à normaliser l'expérience du patient maltraité ou de la patiente maltraitée, voire à apaiser sa honte.

Par exemple, le clinicien ou la clinicienne pourrait dire « nous savons que jusqu'à une femme sur trois et un homme sur sept auraient survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance. Quelle tristesse de voir une telle souffrance imposée à tous ces enfants ! »

Valider la divulgation. Le praticien ou la praticienne de la santé doit valider le courage qu'il a fallu à la personne pour divulguer son expérience et lui faire comprendre que le récit a été cru. Il importe de reconnaître les marques visibles de détresse (p. ex., « je vois que cela vous fait souffrir [vous stresse, vous perturbe] en ce moment ; comment puis-je vous aider ? » ou « ne vous en faites pas s'il faut plus d'une visite pour procéder à l'examen complet »). Au même titre que le silence ou les jugements catégoriques, le refus de valider l'expérience risque d'attiser la honte que ressent la personne et d'alimenter ses réserves concernant la divulgation future des antécédents de violence sexuelle :

[Il est important] de valider l'expérience ... car [ce n'est facile] de garder un tel secret pendant vingt ans, puis de le révéler et commencer à en parler pour ensuite reconnaître, dans le regard des autres, des signes qui semblent trahir leur incrédulité. En ton for intérieur, tu commences alors à te tracasser ... Et si j'étais cinglé ? Et si rien de tout cela ne s'était produit ? Et si les événements s'étaient déroulés tout autrement ? T'es censé être un homme ! Ce n'était pas si grave ! Tu dois simplement te débarrasser de cette histoire, non ? Et poursuivre ta route (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle)^{166p.510}.

Aborder les contraintes de temps. Les contraintes de temps comptent parmi les principales entraves à la divulgation. Si le pourvoyeur ou la pourvoyeuse de soins de santé n'a que quelques minutes à consacrer à un patient ou une patiente qui vient de divulguer ses antécédents de violence, il importe de présenter cette contrainte d'une façon qui n'éveille pas, chez la personne, le sentiment de se faire

écarter ou d'avoir commis une erreur en révélant son expérience (p. ex., « je vous remercie de m'avoir dit que vous aviez subi de mauvais traitements.

Le praticien ou la praticienne de la santé doit valider le courage qu'il a fallu à la personne pour divulguer son expérience et lui faire comprendre que le récit a été cru.

J'imagine à quel point votre expérience a pu être difficile. Un autre patient m'attend. Que diriez-vous de prendre un rendez-vous plus long, plus tard cette semaine ? »).

i Section 4.2 – Deuxième principe : prendre le temps

Section 6.5 – La question du temps

Section 8.5 – Mesures supplémentaires à prendre au moment de la divulgation ou au fil du temps

Section 8.6 – Réactions à éviter à la suite d'une divulgation

Rassurer la personne. Parce qu'elles révèlent des renseignements très intimes, les personnes qui divulguent leurs expériences risquent de se sentir vulnérables et exposées, tant au moment de la divulgation que lors de rencontres futures avec le praticien ou la praticienne à qui elles ont fait des confidences. Afin de minimiser ce sentiment de vulnérabilité tout en rassurant la personne, le praticien ou la praticienne peut saluer le courage qu'exige le dévoilement des sévices passés et garantir que ces renseignements s'avéreront précieux en vue de la prestation de soins de santé appropriés.

Collaborer à l'élaboration d'un programme immédiat d'entretien personnel. Certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle et participé au projet ont raconté que, pour elles, la divulgation avait eu pour effet immédiat d'éveiller des sentiments troublants ou de provoquer des flashbacks liés aux sévices passés :

J'ai été victime de nouveaux éléments déclencheurs, et les flashbacks se sont multipliés [après la divulgation de la violence] (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

En conséquence, le pourvoyeur ou la pourvoyeuse de soins de santé devrait d'abord mettre en garde la personne qui vient de divulguer ses expériences contre de telles réactions, puis collaborer avec elle à la mise au point d'un programme précis axé sur l'entretien personnel (p. ex., « parfois, le simple

fait de parler des violences passées éveille des souvenirs troublants ; que vous pourriez faire pour vous soigner si cela devait se produire ? »). Lors de la mise au point de ce programme, le clinicien ou la clinicienne devrait inciter le patient ou la patiente à faire ce qui suit :

- prévoir des activités et des stratégies d'adaptation reconnues pour leurs bons résultats par le passé (parce que aptes à soutenir la personne, à la rassurer ou à lui faciliter la gestion d'émotions stressantes) ;
- miser sur la précision et le réalisme et inclure des éléments dont la mise en œuvre est facile, même dans des moments de détresse — faute d'ambition, un programme vague (p. ex., ne pas se fatiguer pour quelques jours) risque de ne pas donner lieu à des activités notables ; par contre, un programme ciblé (p. ex., appeler une personne-ressource particulière ou entreprendre une activité bien définie comme aller au gymnase, méditer, prier, remplir un journal de bord ou participer à la réunion d'un groupe d'entraide) fournit une orientation claire à la personne violentée ;
- réfléchir aux mesures à prendre en cas d'échec des stratégies d'adaptation habituelle (p. ex., consulter un service téléphonique d'assistance-santé, appeler une ligne d'écoute ou se présenter au service des urgences de l'hôpital de la localité) — étape particulièrement importante si la personne a souffert de dépression ou commis des actes autodestructeurs par le passé.

Reconnaître qu'il n'est pas toujours nécessaire d'agir. Étant portés à identifier des problèmes, les praticiens et praticiennes de la santé risquent de réagir à la divulgation comme s'il s'agissait d'un problème nécessitant une action ou une solution immédiate. En révélant ses antécédents de violence, la personne ayant survécu à une agression sexuelle ne souhaite peut-être qu'informer le clinicien ou la clinicienne, sans

En révélant ses antécédents de violence, la personne ayant survécu à une agression sexuelle ne souhaite peut-être qu'informer le clinicien ou la clinicienne, sans autre attente immédiate qu'un accompagnement de sa part.

autre attente immédiate qu'un accompagnement de sa part. Il est important de s'enquérir de la volonté du patient ou de la patiente de voir le clinicien ou la clinicienne agir à la suite de la divulgation. Cela dit, il vaut sans doute mieux convenir d'un autre moment pour discuter avec la personne des gestes qu'elle souhaiterait voir le praticien ou la praticienne poser, le cas échéant.

i Section 8.5 – Mesures supplémentaires à prendre au moment de la divulgation ou au fil du temps

Demander à la personne s'il s'agit de sa première divulgation. En plus de réagir comme indiqué ci-dessus, le pourvoyeur ou la pourvoyeuse de soins de santé peut demander au patient ou à la patiente s'il s'agit de sa première divulgation (p. ex., « avez-vous déjà discuté de ceci avec quelqu'un d'autre ? »). Ainsi, le praticien ou la praticienne pourra évaluer si la personne a déjà pris des mesures pour panser les plaies laissées par les mauvais traitements. La suite de la démarche variera selon la réponse obtenue — par exemple, « non, je n'en avais jamais parlé à qui que ce soit avant » ou « eh bien, mon conseiller ou ma conseillère est au courant et a suggéré que je vous en parle ». En outre, le clinicien ou la clinicienne pourra vraisemblablement prendre connaissance des besoins éventuels de la personne ainsi que des ressources dont elle dispose pour l'appuyer dans son cheminement.

8.5 Mesures supplémentaires à prendre au moment de la divulgation ou au fil du temps

Que ce soit sur-le-champ ou lors de la rencontre suivante, le pourvoyeur ou la pourvoyeuse de soins de santé devrait tenter de comprendre les motifs de la divulgation et déterminer si le patient ou la patiente s'attend à une action quelconque de sa part dans la foulée de cette révélation. En outre, il importe de clarifier les attentes générales du client ou de la cliente à l'égard du clinicien ou de la clinicienne ainsi que d'explorer les répercussions

que pourrait avoir la divulgation sur la prestation des soins de santé. Les questions à cette fin devraient être formulées d'une façon qui manifeste un soutien sans équivoque à l'égard de la décision du patient ou de la patiente de divulguer ses sévices passés. Elles pourraient également servir d'amorce à un dialogue axé sur les mesures susceptibles de mettre la personne à l'aise et de maximiser son sentiment de sécurité. De telles discussions demanderont vraisemblablement un certain temps et occuperont peut-être quelques rencontres ; cependant, les renseignements ainsi obtenus serviront d'assise pour les échanges subséquents :

À mon arrivée, [le clinicien] a dit « je me suis renseigné sur votre état, et voici ce que nous allons faire » ... « nous allons mettre au point un système, d'accord, pour que je puisse savoir si vous éprouvez des difficultés et s'il vous faut interrompre le travail » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Par exemple, le praticien ou la praticienne pourrait dire « ces renseignements m'aideront à mieux vous soigner ; pourrions-nous discuter des mesures susceptibles de vous mettre à l'aise lors de nos rendez-vous ? » ou « y a-t-il quelque chose que je puisse faire différemment ? ». Le dialogue résultant mènera peut-être à la divulgation d'éléments spécifiques à la tâche, du fait que le patient ou la patiente se sente peu à peu libre de verbaliser ses besoins ou d'exprimer ses préférences. Tout obstacle mis au jour inspirera le clinicien ou la clinicienne à apporter de nouveaux changements aux soins continus dispensés au client ou à la cliente. Cependant, quels que soient les résultats obtenus, le praticien ou la praticienne devra se garder de croire que les enjeux ont tous été abordés au terme d'une ou deux discussions. Au contraire, chaque échange devra donner lieu à une vérification auprès de la personne ainsi qu'à de fréquents appels de rétroaction :

[Le praticien ou la praticienne pourrait dire] « communiquez simplement [vos besoins] : je suis à l'écoute. Je sais que vous avez subi [ces mauvais traitements], et s'il vous faut en parler

ou si vous avez des questions [n'hésitez pas à dialoguer avec moi] » (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

[Après que je lui ai dit que] j'avais survécu à une agression sexuelle ... il me demandait sans cesse si j'étais à l'aise avec quoi que ce soit ... La communication occupait une place plus [grande] (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle nourrissent l'espoir d'une réaction qui dépasse le cadre de la pratique ou les capacités du clinicien ou de la clinicienne. Il est donc important de préciser les limites de l'aide que sera en mesure d'offrir ce dernier ou cette dernière. Si le praticien ou la praticienne juge que les besoins d'assistance de la personne dépassent ses moyens, il y aurait lieu de proposer une recommandation à une ressource plus habile ou plus qualifiée.

Lors des consultations menées aux fins du projet, la plupart des personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont reconnu que la divulgation de leurs antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance avait agi de façon importante sur leur santé et sur la prestation de soins connexes. Cependant, bon nombre d'entre elles ont dit

Le praticien ou la praticienne devrait se garder de croire que les enjeux ont tous été abordés au terme d'une ou deux discussions. Au contraire, chaque rendez-vous devrait donner lieu à une vérification auprès du patient ou de la patiente ainsi qu'à de fréquents appels de rétroaction.

craindre qu'à la suite de cette initiative, les praticiens et praticiennes soient tentés d'imputer leurs ennuis de santé aux sévices passés avant même d'examiner à fond d'autres pistes susceptibles

d'exposer les racines de leurs maux :

[Les praticiens et praticiennes] ne devraient présumer de rien. Oui, j'ai été agressée, mais cela ne peut ou ne doit exclure la possibilité que j'éprouve d'autres ennuis physiques graves. C'est l'une des raisons pourquoi je n'aime pas parler des violences que j'ai subies ... aux praticiens et praticiennes de la santé. Ils ont tendance à tout imputer aux troubles nerveux sans même vérifier si le problème pourrait trouver sa source ailleurs (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Les antécédents de mauvais traitements peuvent favoriser le développement de certaines maladies. Il incombe cependant aux cliniciens et cliniciennes d'examiner à fond les ennuis de santé qui affligent chacun de leurs patients et patientes.

Du fait que la divulgation des antécédents de mauvais traitements ravive leur sentiment de vulnérabilité, certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle et pris part au projet ont dit se méfier des recommandations à d'autres praticiens et praticiennes de la santé. D'ordinaire, les cliniciens et cliniciennes voient en de tels renvois une avenue normale et raisonnable pour assurer l'exactitude du diagnostic et des traitements. Toutefois, aux yeux de certains patients et certaines patientes, il s'agit plutôt d'une échappatoire pour des praticiens ou praticiennes qui ne savent les soigner, eux qui constituent des cas trop « complexes ». De plus, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle risquent d'éprouver malaise et anxiété à l'idée de devoir rencontrer un nouveau clinicien ou une nouvelle clinicienne qu'elles ne connaissent pas et à qui elles n'ont pas encore appris à faire confiance.

Tout patient ou toute patiente a le droit de faire un choix éclairé à propos des praticiens et praticiennes de la santé avec qui travailler. Ainsi, avant de procéder à la recommandation, le praticien ou la praticienne devrait aborder la question avec le client ou la cliente en vue de conclure une entente quant au professionnel ou à la professionnelle qui prendra le relais. Pareil dialogue pourrait revêtir une grande importance pour les personnes ayant survécu à une agression sexuelle qui, par exemple, seraient gênées de traiter avec un clinicien ou une clinicienne du même sexe que leur agresseur ou agresseuse. Si possible, le praticien ou la praticienne devrait recommander le client ou la cliente à un pourvoyeur ou une pourvoyeuse de soins de santé qui connaît les questions de violence interpersonnelle et qui y est sensible. Les registres locaux dressent des listes de ressources locales (dont des praticiens et praticiennes de la santé) qui se spécialisent à intervenir auprès des personnes ayant survécu à une agression sexuelle.

Pour certaines personnes ayant survécu à une agression sexuelle, la décision de divulguer des

séances passés vise à mener à une demande de renvoi à des services de counseling ou de soutien spécialisé. Cependant, il serait faux de croire que toute personne maltraitée qui divulgue ses expériences souhaite ou doit être recommandée à un praticien ou une praticienne de la santé mentale. En proposant une recommandation avant même d'avoir sondé les intentions de la personne, le praticien ou la praticienne risque de passer pour un quelconque « docteur je-sais-tout » ou pour quelqu'un qui refuse d'avoir à s'adapter à la divulgation. Par ailleurs, aux yeux de certains clients et certaines clientes, la recommandation immédiate à un praticien ou une praticienne de la santé mentale pourrait équivaloir à un diagnostic de trouble sans équivoque, et ce, peu importe que la personne éprouve ou non des difficultés liées à ses séances passés. Dans bien des circonstances, il y aurait lieu d'attendre de futurs échanges avant de soulever la question d'une possible recommandation à un praticien ou une praticienne de la santé mentale, le temps que le clinicien ou la clinicienne affermisse son acceptation de la personne à la suite de la divulgation de ses antécédents de mauvais traitements.

i Section 5.10 – Ressources communautaires à l'intention des personnes ayant survécu à une agression sexuelle et des praticiens et praticiennes de la santé

Pour le praticien ou la praticienne, une réaction souhaitable à la divulgation serait de sonder l'existence de personnes-ressources vers qui le client ou la cliente pourrait se tourner (p. ex., ami ou amie, parent ou parente, conseiller ou conseillère, guide spirituel ou spirituelle, groupe d'entraide) ainsi que de s'enquérir de l'efficacité de ces ressources. Pour dresser un tel bilan des ressources existantes, propice à l'identification de possibles lacunes, le praticien ou la praticienne pourrait demander « à qui vous adressez-vous pour obtenir du soutien ? » ou « recevez-vous tout l'appui dont vous auriez besoin dans la vie ? ». En continuant de poser des questions, le clinicien ou la clinicienne aidera peut-être la personne ayant survécu à une agression sexuelle à prendre conscience des organismes qui, dans la collectivité, proposent de l'information, du soutien et d'autres services aux hommes et aux femmes dans sa situation :

J'avais besoin d'un rappel concernant les ressources disponibles. J'avais besoin de savoir qu'il était souhaitable pour moi de consulter et d'utiliser ces ressources. J'avais besoin qu'on me donne la permission d'obtenir le soutien dont j'avais besoin (témoignage d'un homme ayant survécu à une agression sexuelle).

8.6 Réactions à éviter à la suite d'une divulgation

Il arrive malheureusement que les praticiens et praticiennes de la santé ne réagissent pas de façon sensible à la divulgation des sévices subis par des patients et patientes ayant survécu à une agression sexuelle. Souvent, cet échec aggrave la détresse de ces derniers, qui s'étaient risqués à partager ainsi que des renseignements très intimes.

[Parfois] quelqu'un [commence] à divulguer son expérience [et le praticien ou la praticienne répond] « vous n'avez pas à me raconter cela si vous vous y objectez ». De tels propos sortent souvent de la bouche de personnes qui réagissent nerveusement à [une divulgation]. Le message qu'ils véhiculent, c'est « je n'ai pas envie d'entendre votre histoire » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Ignorer le récit des sévices passés, refuser d'y croire, nier les répercussions néfastes des mauvais

traitements ou conseiller « d'en revenir », voilà autant de réactions négatives à la divulgation qui, en plus d'être douloureuses, poussent les personnes maltraitées au silence :

Il m'a dit que je devrais simplement tourner la page et regarder vers l'avant (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

Ne bousculez pas la personne et gardez-vous bien d'utiliser le verbe « devoir », par exemple « vous devriez appeler la ligne d'écoute téléphonique » (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.259}.

Par ailleurs, les hommes ayant survécu à une agression sexuelle dénoncent la réaction qui consiste à minimiser les répercussions des sévices si ces derniers ont été commis par une femme. Il est très destructeur de qualifier « d'aubaine » l'initiation précoce d'un homme aux rapports sexuels ou de croire que la jeune victime n'a rien fait d'autre que « jeter sa gourme ».

8.7 Questions d'ordre juridique et questions relatives à la tenue de dossiers

Obligations juridiques. Dans le cadre des études réalisées aux fins du projet, le mot *divulgation* désigne l'action d'une personne ayant survécu à

TABLEAU 5.

Éléments d'une réaction efficace à la divulgation de sévices passés

Après avoir pris connaissance des sévices passés divulgués par la personne, le clinicien ou la clinicienne devrait :
<ul style="list-style-type: none"> • Accepter l'information • Témoigner de l'empathie et de la compassion • Préciser la question du secret professionnel • Normaliser l'expérience en reconnaissant la prévalence de la violence • Valider la divulgation • Aborder les contraintes de temps • Rassurer la personne pour faire échec aux sentiments de vulnérabilité • Collaborer avec la personne à l'élaboration d'un programme immédiat d'entretien personnel • Reconnaître qu'il n'est pas toujours nécessaire d'agir • Demander s'il s'agit d'une première divulgation
Au moment de la divulgation ou peu après :
<ul style="list-style-type: none"> • Discuter des répercussions des antécédents de violence sur les soins et les échanges à venir • S'enquérir des services de soutien social axés sur les questions de violence

une agression sexuelle qui révèle ses antécédents de violence pendant l'enfance à un praticien ou une praticienne de la santé, par opposition à l'expression *divulgation spécifique à la tâche*, qui désigne l'action d'une personne qui verbalise une difficulté ou un malaise éprouvé en raison d'un élément précis d'un examen ou d'un traitement, voire de l'examen ou du traitement tout entier. Sauf dans la présente section, toute mention du mot *divulgation* dans le manuel de pratique vise strictement le dévoilement, par des *adultes*, d'antécédents de mauvais traitements subis *par le passé*.

Les praticiens et praticiennes de la santé ne sont soumis à aucune obligation juridique de signaler les *sérvices passés* infligés à des enfants, tels que divulgués par une personne *adulte*, à moins qu'au moment de révéler sa propre expérience la personne adulte identifie un enfant ou une enfant qui pourrait actuellement avoir besoin de protection (p. ex., si un patient ayant été agressé par un parent ou une parente fait savoir au praticien ou à la praticienne qu'il a tout lieu de croire que ledit parent ou ladite parente continue d'agresser des enfants).

Par contre, à l'exception du Yukon, toutes les autorités législatives canadiennes disposent de lois qui entraînent l'obligation de signaler, à la police ou aux agences de protection de l'enfance, tout cas présumé de violence ou de négligence à l'endroit d'enfants^{103,127}. Bien que la définition d'*enfant* et d'*enfant en péril* varie quelque peu d'une province à l'autre¹²⁷, ces lois exigent que tout cas présumé de violence à l'endroit d'enfants (d'âge mineur) fasse l'objet d'une enquête de la part d'un service compétent de l'aide sociale à l'enfance, en vue d'établir le besoin de protection des enfants en cause. Si les soupçons se confirment, les bureaux de protection de l'enfance ont le mandat d'intervenir.

Il incombe à tout praticien ou toute praticienne de la santé de connaître les exigences juridiques formulées par son autorité législative au regard du signalement de cas de violence ou de négligence à l'endroit d'enfants. Pour obtenir de l'information et des conseils à propos de cette obligation, les praticiens et praticiennes peuvent s'adresser aux organismes de réglementation et d'attribution des

Réactions à éviter à la suite d'une divulgation

Selon les personnes ayant survécu à une agression sexuelle, les réactions suivantes ne sont d'aucun secours :

- véhiculer de la pitié (p. ex., « oh, mon pauvre monsieur ! [ma pauvre madame !] ») ;
- prodiguer des conseils simplistes (p. ex., « voyez le bon côté de la vie », « tournez la page » ou « ne vous accrochez pas au passé ») ;
- exagérer les éléments négatifs ou s'y attarder indûment (« un tel événement suffit à ruiner une vie ») ;
- sourire (il vaut mieux présenter une physionomie neutre ou intéressée que sourire dans l'espoir de véhiculer un message de compassion) ;
- toucher la personne sans permission, même si c'est pour l'apaiser ;
- couper la parole (attendre plutôt que la personne ait terminé son récit) ;
- ignorer ou minimiser l'expérience de la personne, les répercussions possibles des sérvices passés ou la décision de divulguer les mauvais traitements (p. ex., « est-ce si grave que cela ? », « je connais une femme qui a passé par là et a plus tard décroché un titre olympique », « discutons plutôt de vos douleurs dorsales » ou « je ne vois pas le rapport avec votre entorse ») ;
- oser des questions intrusives qui n'ont rien à voir avec l'examen, la formalité ou le traitement ;
- divulguer ses propres antécédents de violence sexuelle ;
- projeter l'image d'une personne qui connaît tout du sujet.

Si le clinicien ou la clinicienne croit avoir réagi (par mégarde) de façon inopportune ou si la réaction non verbale du patient ou de la patiente semble trahir une réponse négative à sa réaction initiale, il faut préciser sur-le-champ le message projeté et vérifier les réactions subséquentes de la personne.

permis ou aux bureaux locaux de protection de l'enfance (sociétés d'aide à l'enfance ou services à l'enfance et à la famille).

Dossiers de santé. Un dossier de santé est à la fois un document juridique et un outil de communication entre praticiens et praticiennes de la santé. La nature des renseignements consignés au dossier et le mode de collecte et de partage de ces renseignements doivent respecter les lois du Canada, des provinces et des territoires. Les praticiens et praticiennes assument la charge de connaître et de comprendre les exigences relatives

au secret professionnel et à la protection de la vie privée édictées par leur autorité législative, en plus d'assumer la charge d'obtempérer à ces exigences.

Dans l'intérêt de la protection de la vie privée des Canadiens et des Canadiennes, les sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont entrepris de mettre au point le *Cadre pancanadien de protection de la confidentialité des renseignements personnels sur la santé*¹³⁷. Ce dernier a pour but d'aborder les besoins des Canadiens et des Canadiennes en matière de confidentialité et de protection de la vie privée ainsi que de formuler « un ensemble de dispositions fondamentales harmonisées quant à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels sur la santé dans les secteurs aussi bien public que privé ». Le *Cadre pancanadien de protection de la confidentialité des renseignements personnels sur la santé* énonce une série de dispositions fondamentales qui visent à garantir la protection de la vie privée et à maintenir la confidentialité des renseignements personnels sur la santé tout en favorisant un partage approprié de l'information, propice à la prestation de soins de santé efficaces. Soucieuses de refléter la réalité du système de santé actuel, ces dispositions fondamentales sont conformes aux exigences de la *Charte canadienne des droits et des libertés* et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*³⁸.

Selon l'un des principes directeurs sur lequel repose le *Cadre*¹³⁷, la collecte, l'utilisation et la communication des renseignements sur la santé doivent satisfaire au principe d'accès sélectif et s'effectuer aussi anonymement que possible, compte tenu des circonstances. En outre, le *Cadre* reconnaît que la protection de la vie privée est un droit fondé sur le consentement et que, sauf indication contraire dans la Loi, le consentement d'une personne doit être obtenu avant toute collecte, utilisation ou communication de renseignements personnels

Il incombe à tout praticien ou toute praticienne de la santé de connaître les exigences juridiques formulées par son autorité législative au regard du signalement de cas de violence ou de négligence à l'endroit d'enfants.

Pour satisfaire à la demande d'un client ou d'une cliente de ne pas documenter ses sévices passés, le praticien ou la praticienne devra trouver un juste équilibre entre le respect du droit à la vie privée de cette personne et le respect des exigences juridiques de déclaration.

sur la santé. Par ailleurs, les gouvernements de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Ontario ont promulgué des lois qui encadrent la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels sur la santé par les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé ainsi que par les organismes de soins de santé.

Documentation des antécédents de mauvais traitements. Certaines des personnes ayant survécu à une agression sexuelle et pris part au projet ont expressément demandé à leurs pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé de ne pas documenter leurs sévices passés. Pour satisfaire à une telle demande, le praticien ou la praticienne devra trouver un juste équilibre entre le respect du droit à la vie privée du patient ou de la patiente et le respect des exigences juridiques de déclaration. Le non-signalement d'un cas présumé de violence à l'endroit d'enfants enfreindrait assurément l'esprit de la Loi ; par contre, aucune infraction ne serait commise en cas de non-déclaration de sévices sexuels infligés par le passé à une personne aujourd'hui d'âge adulte. Lors des consultations liées au projet, les praticiens et praticiennes et les personnes ayant survécu à une agression sexuelle ont conclu à l'importance d'un dialogue entre les cliniciens ou cliniciennes et leurs patients ou patientes quant à la marche à suivre pour documenter les violences passées sans contrevenir à la protection de la vie privée. Par exemple, un client ou une cliente pourrait accepter qu'une note soit portée à sa fiche, attestant ses antécédents de mauvais traitements, mais ne communiquant aucun autre détail. Cela dit, la protection de la vie privée pourrait constituer un enjeu dans le cas de patients ou de patientes dont les soins sont défrayés par une tierce partie (p. ex., compagnie d'assurances, programme d'aide aux employés ou régime d'indemnisation des accidentés du travail). Les cliniciens et cliniciennes dont les services sont

rémunérés à l'acte devraient porter une attention particulière aux exigences de déclaration qu'ils doivent respecter.

En outre, les praticiens et praticiennes de la santé sont invités à songer aux conséquences que pourrait avoir le partage de renseignements sur les antécédents de violence des patients et patientes lorsque ces derniers sont recommandés à d'autres professionnels et professionnelles de la santé :

Souvent, lors du renvoi à un spécialiste ou une spécialiste, la lettre ou la formule de recommandation faisait mention de mes antécédents de mauvais traitements. Trop souvent, [le praticien ou la praticienne] faisant le renvoi supposait que ces mauvais traitements étaient d'ordre sexuel, bien que je n'aie jamais fourni de précisions sur la nature de mes sévices. J'ai appris à mes dépens que l'information était consultée non seulement [par le praticien ou la praticienne acceptant la recommandation] ... mais aussi par certains membres du personnel de la clinique que je fréquente. Comme je refuse que mes antécédents de violence soient de notoriété publique, je demande désormais au clinicien ou à la clinicienne faisant le renvoi de ne pas mentionner mes antécédents, mais plutôt d'indiquer le besoin de m'aborder de façon sensible lors de la conduite de tout examen physique. Si le médecin ou la médecin acceptant la recommandation doit savoir quoi que ce soit, je serai en mesure de divulguer ou non l'information, et alors ce ne sera qu'à cette seule ressource (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle).

La documentation des sévices passés risque d'avoir des implications juridiques pour les clients ou clientes qui sont en cause dans une poursuite judiciaire ou qui pourraient l'être un jour. Par exemple, si un client ou une cliente choisit d'engager des poursuites au criminel ou au civil contre un agresseur ou une agresseuse ou encore si un accident de véhicule motorisé donne lieu à un procès civil, les

dossiers de santé pertinents seront peut-être saisis par ordonnance du tribunal. Dans certains cas, ces dossiers seront cités pour appuyer la cause du client ou de la cliente ; dans d'autres, par contre, ils seront cités pour mettre en doute la crédibilité du client ou de la cliente ou contester sa version des faits. Par ailleurs, si elles ont un jour à consentir à la remise de leur dossier médical à des compagnies d'assurances, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle devront savoir qu'elles ont le loisir de ne partager que les éléments de leur choix dans le dossier, par opposition au dossier tout entier. Un praticien ou praticienne de la santé qui reçoit, de la part d'une tierce partie, une demande visant à consulter le dossier de santé d'un client ou d'une cliente devrait certainement songer à consulter un avocat ou une avocate avant d'agir.

 Section 5.8 – Prestation concertée de services

8.8 Questions pour stimuler la réflexion

- Le milieu dans lequel j'exerce inspire-t-il un sentiment de sécurité en vue de possibles divulgations ?
- Mes clients et clientes me font-ils assez confiance pour divulguer leurs antécédents de mauvais traitements ? Quelles mesures pourrais-je prendre pour les rassurer et leur inspirer davantage confiance ?
- Comment voudrais-je intégrer les demandes systématiques de renseignements sur les violences subies pendant l'enfance ? Ai-je établi un « scénario » avec lequel je me sens à l'aise ?
- Comment me sentirais-je si un client ou une cliente me divulguait ses antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance ? Aurais-je la même réaction s'il s'agissait d'un homme ou d'une femme ? Comment saurais-je que mes réactions s'avèrent utiles à mes clients ou clientes ?

9 Sommaire et mot de la fin

9.1 Apport des cliniciens et cliniciennes à la guérison des personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant d'enfance

Je crois que ce dont il est question, c'est de véritables partenariats à long terme avec un ensemble d'intervenants et d'intervenantes du monde médical ... physiothérapeute, psychothérapeute, médecin de famille peut-être. Nous avons besoin de ces noyaux d'entraide qui doivent être en contact les uns avec les autres. Telle est la situation que je vis, et j'ai le sentiment d'avoir un réseau d'entraide (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.259}.

Quelle que soit leur forme, la violence et les mauvais traitements risquent d'inculquer à la personne des sentiments qui minent sa capacité d'exercer son pouvoir et d'entretenir des relations interpersonnelles. Pour en guérir, il faut recouvrer le pouvoir et rétablir les liens avec autrui⁸¹. La violence est source de préjudices qui surviennent dans le cadre de relations, et comme elle influence les habiletés interpersonnelles des victimes, la guérison ne peut survenir que dans le cadre de relations. Les relations fondées sur la compassion procurent le substrat — le milieu nourricier — nécessaire à la guérison des éléments de l'identité qui sont affaiblis par les traumatismes passés. Faute de pouvoir entretenir des relations bâties sur la confiance, les personnes ayant survécu à une agression sexuelle se retrouvent isolées dans leur sentiment de honte. En s'engageant auprès des autres, elles peuvent apprendre à reconstituer leurs capacités fondamentales sur le plan de l'autonomie, de la confiance et de l'intimité⁸¹. En dispensant des soins de santé efficaces et sensibles dans le cadre d'un rapport humain sincère, les praticiens et praticiennes de la santé peuvent

se faire les complices de cette démarche. Ils peuvent également favoriser le « rebranchement » en aidant les personnes ayant survécu à une agression sexuelle à se familiariser avec leur corps et avec son fonctionnement, tant dans la maladie que la bonne santé.

9.2 Pratique sensible et soins axés sur les patients et patientes

D'aucuns croient que le paradigme de la pratique sensible est redondant et que, par définition, la notion de soins axés sur les clients et clientes englobe tous les éléments décrits dans le *Manuel de pratique*. Cependant, les auteurs de ce dernier sont d'un autre avis. Le *Manuel de pratique* n'aborde pas toutes les avenues par lesquelles les praticiens et praticiennes peuvent offrir des soins sensibles aux personnes ayant survécu à une agression sexuelle, pas plus qu'il ne traite de tous les mécanismes par lesquels la violence interpersonnelle altère la santé d'une personne ou ses expériences en matière de soins de santé. Cependant, au fil du temps, les auteurs en sont venus à percevoir la pratique sensible comme une amélioration, un « peaufinage » des soins axés sur les patients et patientes. Si les praticiens et praticiennes connaissaient tous le lien existant entre violence et santé, alors il ne serait peut-être pas nécessaire d'insister sur la pratique sensible. Hélas, rares sont les programmes d'études qui portent une grande attention à la violence et aux mauvais traitements de même qu'à leurs répercussions sur la santé et la prestation des soins¹⁶⁹, et il se trouve encore des praticiens et praticiennes qui demeurent convaincus que notre système de santé ne peut s'offrir le luxe de consacrer quelques minutes de plus à la mise en œuvre de la pratique sensible. Les auteurs avancent que l'incapacité de pratiquer de façon sensible équivaut à un abandon de la

responsabilité déontologique de ne pas porter préjudice, surtout compte tenu des pressions qui s'exercent sur le système de santé.

Ainsi donc, les auteurs incitent tous les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé à s'éveiller aux effets de la violence et des mauvais traitements et à s'assurer que leurs propos et comportements communiquent de façon sensible cette prise de conscience. Le peaufinage de l'approche axée sur les patients et patientes marquera un grand pas pour tous les hommes et toutes les femmes qui tentent d'aider leurs clients et clientes à vivre en bonne santé et à participer effectivement au fonctionnement de la société. Il n'est pas toujours possible de mesurer l'apport d'un praticien ou d'une praticienne au processus de guérison d'un individu. Cependant, dans le cadre du présent projet, les personnes ayant

survécu à une agression sexuelle ont souligné l'immense contribution qu'ils avaient tirée de relations thérapeutiques vigoureuses, aptes à procurer la confiance et de la sécurité essentielles au « (re)branchement ». La perspective que les personnes ayant survécu à une agression sexuelle puissent continuer de trouver l'habilitation nécessaire à leur développement, si lent soit-il, est porteuse de belles promesses :

Ainsi nous en tirons une relation ... donnant, donnant ... [La clinicienne] me donne un grand sens des responsabilités, je lui donne plein d'informations, et nous négocions la meilleure façon de travailler [ensemble] pour m'aider à combler mes besoins et me laisser la chance d'exercer un pouvoir sur ma propre vie (témoignage d'une femme ayant survécu à une agression sexuelle)^{143p.260}.

ANNEXE A : Fondements empiriques du manuel de pratique

Le *Manuel de pratique* tire sa source de deux études techniques, pluridisciplinaires et multisites, dont les méthodes ont été inspirées par la théorie à base empirique⁶⁷ et la philosophie de recherche-action⁷⁷. De façon générale, le projet avait pour but de contribuer à une démarche misant sur la collaboration entre personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance et praticiens et praticiennes de la santé, en vue de perfectionner des connaissances sur les pratiques pouvant influencer les soins de santé¹⁶⁴. Dans le cadre de la première étude, les auteurs ont : examiné le parcours de femmes ayant survécu à une agression sexuelle et ayant reçu des traitements de physiothérapie ; formulé des lignes directrices pour la pratique sensible, à la lumière de consultations menées auprès de personnes ayant survécu à une agression sexuelle, de physiothérapeutes et d'étudiants ou d'étudiantes en physiothérapie ; ainsi que produit une synthèse des résultats obtenus, sous forme de manuel de pratique. Soucieux d'aborder les lacunes et les questions mises au jour par cette première étude, les auteurs ont, dans le cadre de la seconde étude, interrogé des hommes et des femmes ayant survécu à une agression sexuelle afin de consigner leurs expériences et leurs points de vue en matière de pratique sensible, et ce, pour un large éventail de praticiens et praticiennes de la santé — y compris, mais de façon non limitative, les médecins, les infirmières et infirmiers, les infirmières praticiennes et infirmiers praticiens, les praticiens et praticiennes de la santé bucco-dentaire, les massothérapeutes, les praticiens et praticiennes des thérapies complémentaires ainsi que d'autres praticiens et praticiennes de la santé dépourvus de formation spéciale touchant la santé mentale, la psychiatrie ou la psychothérapie. De là, les auteurs ont entamé un dialogue avec les praticiens et praticiennes de la santé et les personnes ayant survécu à une agression sexuelle afin d'échanger

sur la pratique sensible et sur la création de la deuxième édition du *Manuel de pratique*.

Le premier projet de recherche a été réalisé en trois phases. Au cours de la première de ces phases, des entrevues ont été menées auprès de vingt-sept femmes adultes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance et provenant de Saskatchewan ou d'Ontario. Âgées de dix-neuf à soixante-deux ans, ces femmes présentaient des profils distincts en ce qui touche le niveau d'instruction, la profession et le niveau de revenu. À l'exception d'une métisse, toutes déclaraient être de race blanche. Chaque participante avait été renvoyée à des services de physiothérapie en milieu hospitalier ou en clinique externe, et quatre d'entre elles avaient refusé d'être traitées par des physiothérapeutes. Les auteurs ont analysé la transcription des entrevues et dégagé les thèmes fondamentaux connexes^{142,143,157,163}.

Au cours de la deuxième phase du projet, des groupes de travail ont été créés à Saskatoon (Saskatchewan) et à Waterloo (Ontario). Comptant chacun quatre physiothérapeutes et quatre personnes ayant survécu à une agression sexuelle, ces groupes se sont réunis de quatre à six reprises sur six mois en vue de peaufiner les thèmes et de les traduire en principes et en lignes directrices pour la pratique sensible. Lors de la troisième et dernière phase du projet, une première édition du *Manuel de pratique* a été produite à la lumière des données recueillies par le biais des entrevues et des groupes de travail. Quelque deux cents personnes — dont des participants et participantes, d'autres personnes ayant survécu à une agression sexuelle, des physiothérapeutes, des étudiants et étudiantes en physiothérapie ainsi que des conseillers et conseillères de tout le Canada — ont formulé leurs commentaires sur les versions successives du document, tantôt par écrit, tantôt dans le cadre de groupes de discussion. Ce vaste et patient effort de

consultation visait à assurer la pertinence clinique de la première édition du *Manuel de pratique*.

La deuxième étude s'est penchée sur les expériences de personnes ayant survécu à une agression sexuelle, au regard de leurs rapports avec des pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé *en tous genres*. En plus d'avoir des entretiens avec un groupe comptant neuf participants de sexe masculin, les auteurs ont réalisé des entrevues auprès de quarante-neuf hommes ayant survécu à une agression sexuelle. Les entrevues ont eu lieu dans six provinces canadiennes, soit la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick. En outre, les auteurs ont mené des entrevues téléphoniques auprès de dix-neuf femmes ayant survécu à une agression sexuelle et provenant de Saskatchewan ou d'Ontario. Des efforts répétés ont été déployés pour recruter des personnes autochtones ou de personnes de couleur ayant survécu à la violence sexuelle, mais sans grand succès. Ainsi, seuls huit hommes et une femme ont déclaré être des Autochtones (Métis ou membres des Premières nations). Âgés de vingt-quatre à soixante-deux ans, les participants et participantes présentaient des profils très différents en ce qui touche le niveau d'instruction, la profession et le niveau de revenu^{156,158,166}.

Comme ils l'avaient fait dans le cadre de la première étude, les auteurs ont constitué quatre groupes de travail chargés d'approfondir les thèmes mis en relief lors des entrevues. Deux des groupes étaient établis à Winnipeg (Manitoba), l'un comptant quatre hommes ayant survécu à une agression sexuelle et trois infirmières praticiennes ou infirmiers praticiens, l'autre comptant quatre hommes ayant survécu à une agression sexuelle et quatre médecins. Pour sa part, Saskatoon (Saskatchewan) a accueilli deux groupes, l'un comptant quatre femmes ayant survécu à une agression sexuelle et trois infirmières ou infirmiers, l'autre comptant trois

femmes ayant survécu à une agression sexuelle et quatre médecins. Ces groupes se sont réunis à trois ou quatre reprises sur quatre mois. À partir des constats tirés des entrevues et des recommandations formulées par les membres des groupes de travail pour les deux études, les auteurs ont rédigé un premier brouillon de la deuxième édition du *Manuel de pratique*. Ce texte a été soumis à tous les participants et participantes, qui ont fourni des commentaires dont l'équipe de recherche a tenu compte pour produire un deuxième brouillon. Ce dernier a été diffusé auprès de cent dix praticiens et praticiennes représentant un large éventail de perspectives et de spécialités des sciences de la santé, y compris des porte-parole de programmes de formation scolaire, d'associations professionnelles, d'organismes de réglementation et d'attribution des permis ainsi que de différents milieux de pratique. Des commentaires ont aussi été reçus de la part de cinquante-six consultants, dont des aromathérapeutes, des chiropraticiens ou chiropraticiennes, des dentistes, des hygiénistes dentaires, des assistantes ou assistants dentaires, des personnes travaillant à l'enseignement ou à la recherche en cinésiologie ou dans le monde du sport, des massothérapeutes, des praticiens et praticiennes de la santé mentale, des sages-femmes ou sages-hommes, des naturopathes, des infirmières et infirmiers, des infirmières praticiennes et infirmiers praticiens, des médecins, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes ainsi que des praticiens et praticiennes de reiki. Cette rétroaction a permis de mettre au point un troisième brouillon qui a fait l'objet de consultations supplémentaires auprès de six groupes de discussion réunissant des étudiants ou étudiantes et praticiens ou praticiennes de la santé. En tout, le processus de consultations a mobilisé quelque deux cents praticiens ou praticiennes de la santé et personnes ayant survécu à une agression sexuelle, provenant de tout le Canada.

ANNEXE B : Prévalence de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants

Dans bien des cas, la violence sexuelle ne fait l'objet d'aucun signalement pendant l'enfance ou à l'adolescence ; par conséquent, l'évaluation de la prévalence du phénomène s'appuie le plus souvent sur des études rétrospectives menées auprès d'adultes. Selon les estimations les plus récentes et les plus fiables du taux de prévalence à tout âge de la vie, jusqu'à un tiers de toutes les femmes auraient survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance alors que pour les hommes, cette proportion s'établirait à quatorze pour cent^{23,29,61}. La comptabilisation précise des cas de violence sexuelle pendant l'enfance soulève des questions méthodologiques relatives aux obstacles qui gênent le signalement (p. ex., la honte, le sentiment de culpabilité, le blâme de soi et la peur), aux polémiques que soulèvent certaines définitions, aux choix des populations étudiées (p. ex., échantillonnage dans les collectivités plutôt qu'en milieu clinique), aux méthodes de cueillette des données (p. ex., entrevues plutôt que questionnaires d'auto-évaluation), aux taux de réponse observés de même qu'au nombre de questions posées par les chercheurs et chercheuses au sujet de la violence sexuelle pendant l'enfance^{61,121,134,184}. Ces questions expliquent en partie le large éventail de résultats tirés des recherches et dictent une certaine prudence au niveau de l'interprétation des données ou de la conduite d'analyses comparatives à partir de données provenant d'études diverses.

Rares sont les grandes études communautaires ayant examiné l'incidence et la prévalence de la violence sexuelle pendant l'enfance chez les enfants et les jeunes. L'étude la plus complète est l'œuvre de David Finkelhor et Jennifer Dziuba-Leatherman⁶⁴, qui ont réalisé une enquête téléphonique auprès de deux mille résidents des États-Unis âgés de dix à seize ans. Cette recherche révèle que dans l'année précédant l'entrevue, trois et deux dixièmes pour cent des filles interrogées

déclaraient avoir été victimes de violence sexuelle — au sens de « toucher des parties sexuelles de l'enfant au travers de ses vêtements ou sous ces derniers, pénétration de l'enfant ou contact oral-génital avec l'enfant de la part d'une personne qui l'agresse »^{64p.419} [traduction] — alors que cette proportion était de six dixièmes pour cent chez les garçons. Pour l'échantillon complet, le taux de prévalence des actes sexuels tentés ou commis contre des enfants s'établissait à dix et cinq dixièmes pour cent.

De façon générale, l'analyse d'échantillons aléatoires prélevés dans les collectivités révèle que la proportion de personnes ayant vécu des expériences sexuelles non désirées avant l'âge de dix-huit ans varierait entre douze et trente-cinq pour cent chez les femmes et entre quatre et neuf pour cent chez les hommes¹²¹. Après avoir tenu compte des écarts entre les définitions, l'échantillonnage et les taux de réponse relevés pour un échantillon transversal de seize enquêtes par sondage réalisées dans des collectivités, Kevin M. Gorey et Donald R. Leslie⁷⁰ concluent que le taux de prévalence de la violence sexuelle pendant l'enfance serait de seize et huit dixièmes pour cent chez les femmes et sept et neuf dixièmes pour cent chez les hommes. Pour sa part, après s'être penchée sur les résultats de grandes études communautaires menées dans dix-neuf pays du monde, Finkelhor⁶² conclut que ces mêmes taux varieraient entre sept et trente-six pour cent chez les femmes et entre trois et vingt-neuf pour cent chez les hommes. Ainsi, la violence sexuelle pendant l'enfance serait un phénomène planétaire qui s'observe dans toutes les régions où des recherches ont été menées sur la question — un constat que confirment certaines enquêtes récentes réalisées dans des pays non occidentaux^{p. ex.,39,98}. Quant à eux, après avoir analysé les taux de prévalence à l'échelle des collectivités observés dans différents pays, David Murray Fergusson et Paul E. Mullen⁵⁹

concluent qu'entre quinze et trente pour cent des femmes et trois et quinze pour cent des hommes déclareraient avoir été exposés à une quelconque forme d'intérêt sexuel non désiré pendant l'enfance. Ces résultats correspondent à ceux tirés d'une récente étude, publiée par John Briere et Diana Elliot²⁹, selon laquelle les taux de signalement d'agressions sexuelles pendant l'enfance s'établiraient à trente-deux et trois dixièmes pour cent chez les femmes et à quatorze et deux dixièmes pour cent chez les hommes. Briere et Elliot ajoutent que vingt-et-un pour cent des adultes ayant fait état de violences sexuelles pendant l'enfance auraient également subi des sévices physiques.

La prévalence de la violence sexuelle pendant l'enfance est encore plus marquée chez les personnes handicapées. Une analyse bibliographique⁸³ portant sur les enfants ayant des incapacités — au sens de « l'éventail complet des déficiences physiques, mentales et émotionnelles »^{83p.1018} [traduction] — cite des études selon lesquelles ces enfants seraient plus à risque de souffrir de négligence (écart de près de cent pour cent), de sévices physiques (écart de soixante pour cent) ou d'agressions sexuelles (écart de cent vingt pour cent) que les enfants n'ayant aucune incapacité⁸³. D'autres recherches font état de taux de violence sexuelle encore plus élevés chez les enfants ayant des incapacités.

ANNEXE C : Dynamique traumagénique de la violence sexuelle pendant l'enfance

Le tableau 6 donne un aperçu des problèmes les plus courants auxquels font face les personnes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance. Le tableau s'inspire du concept de dynamique traumagénique de la violence sexuelle

pendant l'enfance formulé par David Finkelhor et Angela Browne⁶³. Cette dynamique décrit les répercussions que risquent d'avoir, sur les victimes, les comportements, les expériences et les événements associés aux mauvais traitements.

TABLEAU 6.

Dynamique traumagénique de la violence sexuelle pendant l'enfance

Caractéristique	Dynamique	Manifestations possibles
Sexualisation traumatisante	<ul style="list-style-type: none"> Le fait de récompenser la pratique de comportements sexuels risque d'accroître la prégnance des questions sexuelles chez l'enfant. Le fait de recevoir de l'attention et de l'affection en échange de faveurs sexuelles risque d'altérer la capacité d'une personne qui survit à la violence sexuelle de développer un sentiment d'amour et d'appartenance sain. Les parties sexuelles de l'enfant risquent d'être fétichisées. Les mauvais traitements risquent d'insulquer de fausses idées à propos de la sexualité (p. ex., identité sexuelle, orientation sexuelle, comportements sexuels et moralité sexuelle). Un conditionnement risque d'associer les activités sexuelles à des émotions et des souvenirs désagréables, alimentant une aversion pour ces activités ou pour l'intimité. 	<ul style="list-style-type: none"> Évitement de tout ce qui concerne la sexualité Préoccupations à l'égard des questions sexuelles ou des comportements sexuels compulsifs Activités sexuelles précoces Comportements sexuels agressifs Promiscuité Prostitution (participation au commerce du sexe en tant que travailleur ou travailleuse du sexe ou en tant que client ou cliente) Dysfonctions sexuelles (p. ex., absence de désir, peine à trouver l'excitation sexuelle, incapacité d'atteindre l'orgasme et évitement de l'intimité sexuelle)
Trahison	<ul style="list-style-type: none"> La violence sexuelle pendant l'enfance joue sur la vulnérabilité de l'enfant, brise l'anticipation de sollicitude et de protection de la part d'autrui et risque de nuire à la capacité de faire confiance. L'autonomie et le bien-être de l'enfant sont laissés de côté, ce qui risque d'influencer son sentiment d'identité. La honte et le sentiment de culpabilité s'enracinent, car l'enfant croit avoir fait quelque chose pour mériter ses sévices. La perte de l'innocence ou de l'illusion d'une famille « parfaite » ou « normale » éveille un profond sentiment de deuil et risque de provoquer une dépression. L'anxiété ou la peur extrême donne lieu à un sentiment de dépendance 	<ul style="list-style-type: none"> Dépendance excessive ou tendance à s'accrocher Vulnérabilité à l'exploitation et aux sévices subséquents Défaut de juger correctement la bonne foi ou les motifs d'autrui, avec pour résultat une reprise des sévices et de l'exploitation et/ou une incapacité de protéger ses propres enfants contre les mauvais traitements Comportements de retrait, isolement social et/ou évitement des relations intimes Difficultés chroniques sur le plan des relations Actes d'extériorisation (p. ex., comportements agressifs, délinquance, prise de risques, etc.)

Caractéristique	Dynamique	Manifestations possibles
Stigmatisation	<ul style="list-style-type: none"> • La victime encourt le blâme de l'agresseur ou de l'agresseuse et d'autres personnes, ce qui éveille un sentiment de honte ou de culpabilité. • L'enfant subit les pressions de l'agresseur ou de l'agresseuse pour garder le secret. • L'enfant victime se sent « marqué » ou « marquée », « anormal » ou « anormale », « vilain » ou « vilaine », ce qui risque de déformer le sentiment d'identité et de miner l'estime de soi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dysphorie ou dépression chronique • Stigmatisation, isolement social et marginalisation qui risquent de stimuler la consommation d'alcool ou d'autres drogues • Comportement criminel • Défaut de se soigner (p. ex., comportements risqués, piètre hygiène, pratiques sanitaires déficientes) • Automutilation ou actes autodestructeurs
Sentiment d'impuissance	<ul style="list-style-type: none"> • L'invasion non désirée du corps ou de l'espace personnel risque de nuire à l'établissement et au maintien de saines limites et d'accentuer le risque de victimisation répétée. • Pour faire participer sa victime, l'agresseur ou l'agresseuse peut recourir à la violence, aux menaces, à la supercherie ou au chantage. • En cas de divulgation de mauvais traitements, la personne risque de cultiver un sentiment d'efficacité amoindri si son entourage ne la croit pas ou s'il ne réagit pas de manière appropriée. • Certaines victimes cultivent un besoin marqué de contrôle personnel et en viennent même, parfois, à s'identifier à l'agresseur ou l'agresseuse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hyperéveil (c. à-d., anxiété chronique, phobies, tendance à sursauter à rien, irritabilité, troubles du sommeil) • Intrusion (p. ex., flashbacks en état d'éveil ou sommeil troublé par des cauchemars traumatisants) • Diminution de la spontanéité (dissociation en vue de supporter un danger que l'on ne peut surmonter ou auquel on ne peut échapper) – modification de la perception, des sens et de la perception du temps, avec pour possibles résultats l'évitement des rappels du trauma, l'engourdissement émotionnel, l'obtusion, le désintéret et l'incapacité de se réjouir • Affections et maladies causées par le stress ; troubles chroniques et/ou troubles somatiques vagues

Inspiré de : Finklehor et Browne⁶³ (avec l'autorisation de D. Finkelhor).

ANNEXE D : Critères diagnostiques des troubles de stress

Trouble de stress aigu

Repris et traduit de : *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd. text. rev.^{9p.471-472} (avec l'autorisation de l'American Psychiatric Association).

A. La personne est exposée à un événement traumatisant qui réunit les deux conditions suivantes :

- La personne est victime d'au moins un événement qui cause ou risque de causer la mort ou des blessures graves ou qui menace son intégrité physique ou celle d'autrui, affronte un tel événement ou en est témoin.
- Réagissant à l'événement, la personne éprouve une peur intense, un état de détresse ou un sentiment d'horreur.

B. Au moment où survient l'événement stressant ou par la suite, la personne présente au moins trois des symptômes suivants de dissociation mentale :

- état subjectif d'engourdissement, de désintérêt ou d'insensibilité émotionnelle ;
- perte de conscience à l'égard du milieu (p. ex., état « d'étourdissement ») ;
- déréalisation ;
- dépersonnalisation ;
- amnésie dissociative (c.-à-d., incapacité de se remémorer un élément important du trauma).

C. L'événement traumatisant se revit continuellement de l'une des façons suivantes :

- images récurrentes, pensées, rêves, illusions, épisodes de flashbacks ou sentiment de répéter l'expérience ;

- réaction provoquée par l'exposition aux rappels de l'événement traumatisant.

D. Évitement marqué des stimuli qui éveillent des souvenirs du trauma (p. ex., pensées, sentiments, conversations, activités, lieux, personnes).

E. Symptômes marqués d'anxiété ou d'hyperveille (p. ex., troubles du sommeil, irritabilité, manque de concentration, hyper-vigilance, réaction exagérée de sursaut, agitation motrice).

F. Perturbation qui, du point de vue clinique, donne lieu à un stress ou à des troubles significatifs sur le plan social ou professionnel ou dans une autre sphère importante de la vie ou qui altère la capacité de la personne de mener à bien une tâche pertinente, comme chercher de l'aide ou mobiliser ses ressources propres en partageant le récit de l'expérience traumatisante avec les membres de sa famille.

G. Perturbation d'une durée d'au moins deux jours et au plus quatre semaines qui survient dans un délai de quatre semaines à compter de l'événement traumatisant.

H. Perturbation qui ne résulte ni des effets physiologiques directs de la consommation d'alcool ou d'autres drogues (p. ex., une drogue utilisée par les toxicomanes ou un médicament), ni d'un état pathologique général, qui ne s'explique pas plus exactement par un trouble psychotique bref et qui ne découle pas simplement de l'exacerbation d'un trouble préexistant de l'Axe I ou de l'Axe II.

Syndrome de stress post-traumatique

Repris et traduit de : *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd. text. rev.^{9 p. 467-468} (avec l'autorisation de l'American Psychiatric Association).

- A. La personne est exposée à un événement traumatisant qui réunit les deux conditions suivantes :
- (1) La personne est victime d'au moins un événement qui cause ou risque de causer la mort ou des blessures graves ou qui menace son intégrité physique ou celle d'autrui, affronte un tel événement ou en est témoin.
 - (2) Réagissant à l'événement, la personne éprouve une peur intense, un état de détresse ou un sentiment d'horreur. Remarque : Chez l'enfant, cette réaction peut se manifester par un comportement agité ou aberrant.
- B. L'événement traumatisant se revit continuellement de l'une ou plusieurs des façons suivantes :
- (1) souvenirs stressants et récurrents de l'événement, ponctués notamment d'images, de pensées ou de perceptions (chez le jeune enfant ou la jeune enfant, possibilité de jeux répétitifs à travers lesquels s'expriment certains thèmes ou certaines facettes du trauma) ;
 - (2) rêves stressants et récurrents à propos de l'événement (chez le jeune enfant ou la jeune enfant, possibilité de cauchemars ne refermant aucun élément reconnaissable) ;
 - (3) comportements ou sentiments semblables à ceux qui accompagneraient une reprise de l'événement, y compris l'impression de revivre l'expérience, des illusions, des hallucinations et des épisodes de flashbacks dissociatifs, notamment au réveil ou en état d'ébriété (chez le jeune enfant ou la jeune enfant, possibilité de répétition d'éléments propres au trauma) ;
 - (4) détresse psychologique profonde provoquée par l'exposition à des signaux internes ou externes qui symbolisent une facette de l'événement traumatisant ou qui s'y apparentent ;
 - (5) réactivité physiologique provoquée par l'exposition à des signaux internes ou externes qui symbolisent une facette de l'événement traumatisant ou qui s'y apparentent.
- C. Évitement persistant des stimuli associés au trauma et engourdissement de la sensibilité générale (absente avant le trauma), reconnaissables à au moins trois des éléments suivants :
- (1) efforts en vue d'éviter les pensées, les sentiments ou les conversations ayant trait au trauma ;
 - (2) efforts en vue d'éviter les activités, les lieux ou les personnes qui éveillent des souvenirs du trauma ;
 - (3) incapacité de se remémorer un élément important du trauma ;
 - (4) désintérêt marqué pour des activités importantes ou recul notable de l'intérêt porté à ces activités ;
 - (5) sentiment de marginalisation ou de désintérêt par rapport à autrui ;
 - (6) réduction de l'éventail de l'affect (p. ex., incapacité d'éprouver des sentiments amoureux) ;
 - (7) raccourcissement de l'horizon futur (p. ex., impression de ne jamais pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants ou avoir une vie de durée normale).
- D. Symptômes persistants d'hyperéveil (absents avant le trauma), reconnaissables à au moins deux des éléments suivants :
- (1) difficulté à s'endormir ou à maintenir le sommeil ;
 - (2) irritabilité ou débordements de colère ;
 - (3) difficulté à se concentrer ;
 - (4) hyper-vigilance ;
 - (5) réaction exagérée de sursaut.
- E. Perturbation d'une durée de plus d'un mois (selon des symptômes qui correspondent aux critères énoncés en B, C et D).
- F. Perturbation qui, du point de vue clinique, donne lieu à un stress ou des troubles significatifs sur le plan social ou professionnel ou dans une autre sphère importante de la vie.
- À préciser :
 Syndrome aigu – si les symptômes se manifestent pendant moins de trois mois
 Syndrome chronique – si les symptômes se manifestent pendant trois mois ou plus
- À préciser :
 Apparition retardée – si les symptômes apparaissent au moins six mois après l'événement stressant

Troubles de stress extrême non spécifiés ailleurs

Judith Herman⁸¹ a remis en doute la possibilité qu'un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique^{7,8,9} puisse cerner tout l'éventail des réactions humaines aux traumatismes. À l'instar de certains de ses collègues^{p. ex.,173}, Herman avance qu'il serait plus juste de concevoir ces réactions comme les éléments d'un spectre dont les extrémités correspondraient, d'une part, à une réaction au stress aigu qui se règle d'elle-même sans traitement et, d'autre part, à ce que la chercheuse qualifierait de « syndrome de stress post-traumatique complexe ». Selon cette vision, le syndrome de stress post-traumatique « simple » ou « classique » occuperait un point du spectre situé quelque part entre les deux extrémités^{81p.119}.

Au moment même où était conçu le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd.⁸ (désigné par l'acronyme *DSM-IV*), un essai pratique a eu lieu pour évaluer la pertinence d'inclure le concept de syndrome de stress post-traumatique complexe — également nommé *troubles de stress extrême non spécifiés ailleurs* — en tant que diagnostic distinct du syndrome de stress post-traumatique. À la lumière des résultats de l'essai pratique et d'autres études plus récentes, d'aucuns ont cru que la légitimité du diagnostic de troubles de stress extrême non spécifiés ailleurs avait été démontrée¹⁷⁴. Cependant, il n'a pas été inscrit comme tel dans le *DSM-IV*, qui aborde plutôt les catégories de symptômes afférentes à la rubrique « caractéristiques associées et descriptives du syndrome de stress post-traumatique »¹⁷¹.

La dernière version du *DSM-IV-TR* évoque la possibilité que la constellation de symptômes

suivants soient associés au syndrome de stress post-traumatique — ces symptômes étant généralement observés là où l'agent stressant met en cause un trauma interpersonnel (p. ex., violence physique ou sexuelle pendant l'enfance ou violence conjugale) :

- altération de la modulation de l'affect ;
- comportement autodestructeur ou impulsif ;
- symptômes de dissociation ;
- plaintes somatiques ;
- sentiments d'inefficacité ;
- honte, atterrement ou désespoir ;
- sentiment d'être marqué ou marquée pour la vie ;
- reniement de convictions soutenues par le passé ;
- hostilité ;
- comportements de retrait social ;
- sentiment constant d'être menacé ou menacée ;
- altération des relations interpersonnelles ;
- modification des traits de personnalité antérieurs de la personne^{9p.465}.

ANNEXE E : Exemple de présentation d'un établissement

Dans bien des cas, les participants et participantes ayant survécu à une agression sexuelle ont affirmé ne pas situer le cadre de la pratique des cliniciens et cliniciennes et ne pas connaître la nature du travail associé aux examens et aux traitements. La fiche d'information suivante a été mise au point par des praticiens et praticiennes et des personnes ayant survécu à une agression sexuelle. Conçue à l'intention des nouveaux

patients et nouvelles patientes d'une clinique externe de physiothérapie, elle a pour but de présenter l'établissement d'une façon qui puisse être facilement comprise. En s'inspirant de cet exemple, les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé sont invités à collaborer avec leurs patients et patientes pour mettre au point des présentations portant sur leur propre pratique et leurs propres installations.

Suggestions aux clients des cliniques externes de physiothérapie

Bienvenue en physiothérapie ! Nous sommes heureux de vous avoir pour client ou cliente. Avant d'entreprendre votre traitement, votre physiothérapeute procédera à une évaluation. Il est important que s'instaure une communication directe et ouverte entre vous et votre physiothérapeute. Vous trouverez ci-dessous une liste de suggestions qui pourront vous aider pour votre physiothérapie.

Vous pouvez choisir d'être traité(e) par un homme ou par une femme.

- Si vous estimez que le sexe de votre physiothérapeute est important, veuillez nous le faire savoir au moment de fixer votre premier rendez-vous.
- Si en cours de traitement vous souhaitez poursuivre avec un physiothérapeute de l'autre sexe, faites-le-nous savoir.
- Si nous ne pouvons vous offrir un physiothérapeute du sexe de votre choix, nous pourrions vous orienter vers un établissement qui pourra le faire.

Vous pouvez demander que quelqu'un vous accompagne pendant vos traitements de physiothérapie.

Cette personne peut être :

- un membre de votre famille, un ami ou une amie ;
- un membre du personnel de la clinique.

La physiothérapie donne les meilleurs résultats quand le client ou la cliente et son ou sa thérapeute travaillent en équipe.

Votre physiothérapeute commencera par vous expliquer votre traitement. N'hésitez pas à faire savoir à votre physiothérapeute si :

- certains éléments du traitement vous rendent mal à l'aise ;
- vous ne comprenez pas le traitement ou le langage qu'utilise votre thérapeute ;
- vous n'êtes pas d'accord avec le traitement.

Aussi, pour que votre traitement soit le plus efficace possible, tenez votre physiothérapeute au courant des effets (bons, mauvais ou nuls !) du traitement sur vous. Plus vous en direz à votre physiothérapeute, plus il ou elle sera en mesure de vous aider.

Nous nous efforcerons de préserver votre intimité.

- Votre physiothérapeute pourrait avoir besoin que vous portiez une jaquette d'hôpital pour certains traitements. Si vous préférez apporter des vêtements amples personnels, veuillez l'en informer
- Il se pourrait que vous ayez à vous changer pendant certaines séances ; vous pourrez le faire dans l'intimité.
- Veuillez nous dire si vous souhaitez que les rideaux soient tirés autour de la table de traitement à tout moment.

Le ou la physiothérapeute fait appel au toucher et exige que vous exécutiez des mouvements.

Dites à votre physiothérapeute si :

- certaines parties de votre corps sont sensibles au toucher ou au mouvement ;
- le toucher vous rend mal à l'aise ;
- il y a quelque chose qu'il ou elle peut faire pour vous mettre plus à l'aise.

Vous avez le droit de demander l'arrêt du traitement en tout temps, pendant ou après une séance.

Au nombre des raisons pour lesquelles certaines personnes peuvent décider d'arrêter le traitement, on compte :

- un inconfort pendant le traitement ;
- la décision d'essayer un autre type de soins médicaux.

Si vous décidez d'essayer un autre type de soins, votre physiothérapeute pourrait éventuellement vous donner le nom d'une personne qui selon lui ou elle serait en mesure de vous aider.

Par-dessus tout, nous voulons faire en sorte que vous vous sentiez en meilleure santé !

ANNEXE F : Rédaction des formules de consentement dans un langage clair et simple

La formule suivante a été rédigée par une personne ayant survécu à une agression sexuelle, à partir d'une formule de consentement uniforme utilisée dans une clinique de physiothérapie. Elle démontre comment le recours au langage clair et simple permet de créer des formules faciles à

comprendre. Les cliniciens et cliniciennes sont invités à collaborer avec leurs clients et clientes et avec des avocats ou avocates en vue de mettre au point des formules qui, tout en étant rédigées dans un langage clair et simple, intègrent toutes les exigences juridiques pertinentes.

Formule de consentement relative à un examen ou un traitement effectué par un ou une physiothérapeute

Je vais être bientôt examiné(e) et traité(e) par un ou une physiothérapeute et/ou par ses assistants ou assistantes.

Pour être correctement examiné(e) et traité(e), je devrai porter des culottes courtes et un T-shirt. Le ou la physiothérapeute devra observer mon corps au repos et en mouvement. Il ou elle devra toucher et faire bouger mon corps lors de l'évaluation et du traitement. S'il m'arrivait de ressentir un inconfort à tout moment pendant l'évaluation et le traitement, je pourrai en informer le ou la physiothérapeute et demander l'arrêt de l'évaluation et/ou du traitement. Je pourrai être accompagné(e) d'une personne pendant le traitement, soit un ami ou une amie ou un membre de ma famille, soit un membre du personnel de la clinique (si possible). Dans ce dernier cas, je pourrai choisir une personne du sexe qui me convient.

Je devrai faire état au ou à la physiothérapeute de mes ennuis de santé passés et actuels. Le ou la thérapeute devra demander ma permission avant de contacter mon ou ma médecin s'il ou elle découvre tout nouvel ennui. Je sais que toutes les informations que je divulguerai et toutes les informations qui seront ajoutées à mon dossier sont confidentielles.

Le traitement physiothérapeutique peut comprendre : _____ (langage clair et simple, soyez précis). Il arrive souvent de ressentir des douleurs après le traitement parce que les articulations et les muscles ont été étirés. Si j'éprouve d'autres symptômes, j'en informerai mon ou ma physiothérapeute.

Ma signature (ci-dessous) indique que je comprends toutes les informations ci-dessus.

APPENDIX G : Comment collaborer avec les Autochtones, rédigé par Rose Roberts, inf. aut., Ph.D.

Les Autochtones du Canada : quelques mots d'histoire

Il existe une foule de documents qui relatent l'histoire des Premières nations, des Métis et des Inuits du Canada. En bibliographie, le présent document propose une liste abrégée d'ouvrages recommandés. Le texte qui suit a pour but de donner un aperçu qui, en matière de pratique sensible, pourra servir de point de départ aux praticiens et praticiennes de la santé qui travaillent auprès des membres des Premières nations, des Métis et des Inuits.

Au Canada, les Autochtones forment une population variée. La volonté de classer les peuples autochtones en un seul groupe a poussé de nombreux auteurs à proposer de nouveaux termes, susceptibles de désigner un tel groupe ; c'est le cas notamment des appellations « Aborigènes », « Indigènes » et « Indiens ». Au sens que lui prête la Constitution du Canada, le mot *Autochtones* désigne les Indiens inscrits, les Indiens non inscrits, les Métis et les Inuits. Les Indiens inscrits sont ceux dont les ancêtres ont conclu des traités alors que les Indiens non inscrits sont les descendants d'Indiens qui n'ont conclu aucun traité ou qui étaient absents au moment de la signature. Un sous-groupe d'Indiens non inscrits a également vu le jour après que des Indiens aient perdu leurs droits issus de traités, notamment parce qu'ils avaient servi dans les forces armées, exercé leur droit de vote, obtenu un diplôme d'études secondaires ou (dans le cas d'une femme) épousé un homme non autochtone. La plupart des éléments de ce sous-groupe ont cependant recouvré leurs droits issus de traités à la suite d'une modification apportée en 1984 à la Loi sur les Indiens (projet de loi C-31).

On sait peu de choses sur l'histoire des peuples autochtones du Canada avant l'arrivée des Européens. La plupart des données disponibles proviennent de travaux réalisés par des

archéologues ou des anthropologues. Selon la théorie la plus répandue en Occident, les ancêtres des Premières nations seraient venus d'Asie et auraient franchi le détroit de Béring pour gagner l'Amérique. Les Premières nations disent souvent qu'elles occupent le territoire *de toute ancienneté*, ce qui ferait référence à un peuplement remontant grossièrement à la période entre l'an 50 000 et l'an 15 000 avant Jésus-Christ⁴⁹. Le détroit de Béring aurait pu servir de pont continental en trois occasions distinctes, ce qui donne lieu à des théories concernant l'existence d'autant de vagues migratoires indépendantes⁴⁹. Des découvertes archéologiques donnent à penser qu'au fil des générations, les premiers migrants auraient parcouru le littoral du Pacifique pour gagner l'Amérique du Sud. Plus tard, avec le retrait des glaciers, certains de ces individus auraient repris la voie du nord. La seconde vague migratoire aurait permis aux Athapascan (des Dénés) de s'établir au nord du continent, avant qu'une éruption volcanique ne les pousse à se déplacer vers le sud. Enfin, la troisième vague aurait vu les Inuits occuper progressivement tout le nord, en procédant d'ouest en est⁴⁹.

La catégorisation des membres des Premières nations du Canada a fait l'objet de nombreuses tentatives. Ainsi, selon l'une des méthodes courantes de classification, les Autochtones se diviseraient en onze groupes, définis d'après la famille de langues qu'ils utilisent : algonquienne, athapascanne, inuite-aléoute, haida, tlingit, sioux, tsimshian, wakash, salish, kutenai et iroquoise¹⁷⁵. D'aucuns croient qu'entre cinquante et soixante langues prévalaient à l'époque du premier contact entre Autochtones et Européens. De nos jours, les langues les plus répandues sont la langue crie, l'oïbwa et l'inuktitut. De nombreuses Premières nations s'appliquent à préserver leur langue¹⁷⁵. Une autre méthode de classification repose sur le concept de *zone culturelle*. Ainsi, compte tenu des secteurs géographiques et des similitudes

observées entre les cultures, il existerait sept zones culturelles : la zone arctique, la zone subarctique occidentale, la zone subarctique orientale, les régions boisées du Nord-Est, la zone des plaines, la zone des plateaux ainsi que la côte du Nord-Ouest¹⁷⁵. Fait digne de remarque, les frontières des zones culturelles s'apparenteraient aux frontières séparant les différents groupes linguistiques. Aujourd'hui, le Canada compte plus de six cent dix collectivités de Premières nations, et l'on recense au pays plus de sept cent trente-trois mille Autochtones qui vivent dans les réserves ou à l'extérieur des réserves¹¹.

Pour les Premières nations du Canada, le premier contact entre Européens et Autochtones a marqué le début d'une période ponctuée de nombreux changements. Parmi eux figure la naissance d'un nouveau peuple, les Métis, essentiellement constitué des descendants d'unions entre femmes des Premières nations et hommes de France. Pour leur part, les personnes issues d'unions entre femmes des Premières nations et hommes d'Écosse ou d'Angleterre étaient plus couramment désignées par l'épithète *sang-mêlé*. Le Ralliement national des Métis, organisme gouvernemental national qui représente les Métis, a adopté la définition suivante¹²³, qui sert aujourd'hui à désigner les membres de ce peuple : « Est métisse une personne qui se reconnaît comme tel, qui descend d'ancêtres métis de vieille souche, qui se distingue des autres Autochtones et qui est reconnue par la nation métisse » [traduction]. Par « Métis de vieille souche », on entend les Autochtones autrefois appelés Métis ou Sang-Mêlé qui peuplaient le territoire historique de la nation métisse, à savoir le territoire traditionnel du Centre-Ouest de l'Amérique du Nord qu'occupaient et qu'exploitaient les Métis ou les Sang-Mêlé. Selon le Ralliement national des Métis, le Canada compterait entre trois cent cinquante mille et quatre cent mille Métis¹²³.

Les Inuits peuplent les terres arctiques du Canada, de l'Alaska et du Groenland. En dépit de l'immensité de ce territoire, ces Autochtones présentent des caractéristiques physiques et culturelles qui varient peu d'une région à l'autre. Depuis plus de cinq mille ans, les Inuits survivent dans l'un des milieux

les plus hostiles qu'offre notre planète⁹⁰. On les retrouve surtout sur le littoral, le long de bassins peu profonds qu'irriguent des rivières et où percent de nombreuses îles couvertes de glaciers de montagne et de glaces pérennes. Sur ces terres sans arbres, il est impossible d'échapper au vent. Bon an, mal an, le mercure se maintient sous le point de congélation pendant huit ou neuf mois, et les précipitations totales dépassent à peine les seuils observés en milieu désertique. Selon le Recensement de 2001, le Canada compterait plus de quarante-cinq mille Inuits qui constitueraient environ cinq pour cent de toute la population autochtone du pays¹⁵⁹. À l'échelon national, ces peuples sont représentés par l'Inuit Tapiriit Kanatami.

Le legs des pensionnats

L'exercice du droit à l'instruction issu des traités a mené à la création, entre 1892 et 1969, de quelque cent trente-cinq pensionnats⁶⁶. Les chefs des Premières nations voulaient que des écoles soient construites dans les réserves. Cependant, par souci d'économie, le gouvernement fédéral a plutôt mis sur pied des pensionnats dont il a confié l'administration, par voie d'ententes, à l'Église catholique romaine, à l'Église anglicane, à l'Église méthodiste et à l'Église presbytérienne. Presque tous situés dans les provinces de l'Ouest, ces pensionnats auraient, croit-on, accueilli plus de cent cinquante mille élèves. L'Assemblée des Premières nations évalue à plus de cent cinq mille le nombre actuel de personnes ayant survécu à l'expérience des pensionnats¹².

Les pensionnats étaient fondés sur une doctrine qui prévoyait l'assimilation par l'instruction, l'endoctrinement religieux et l'appauvrissement culturel (pratique qui consiste à inculquer aux enfants la honte de leur patrimoine). La violence physique, psychologique et sexuelle sévissait dans ces établissements qui, souvent, offraient des conditions de vie inférieures au niveau normal. Selon d'anciens élèves, la faim marquait souvent le quotidien des enfants, à qui les parents refilaient de la nourriture lors des visites le weekend⁷². D'autres témoignages font état d'enfants contraints de voler aux cuisines pour manger à leur faim. En outre, l'instruction

des élèves était de qualité inférieure. À la fin des années 1950, les pensionnats comptaient encore plus de quarante pour cent d'enseignants qui n'avaient reçu aucune formation professionnelle⁶⁶. L'appauvrissement culturel passait par l'imposition de sévices physiques et émotionnels aux élèves qui pratiquaient une langue traditionnelle, par la coupe des cheveux (auxquels les Autochtones confèrent une grande importance sur le plan culturel et spirituel), par l'imposition de pratiques religieuses étrangères ainsi que par la mise à l'écart délibérée des enfants lors des visites de leurs parents.

Encore aujourd'hui, l'expérience des pensionnats a des répercussions néfastes sur les collectivités autochtones. Ces « conséquences intergénérationnelles font référence aux effets des abus sexuels et physiques subis dans les pensionnats et qui ont été transmis aux enfants, aux petits-enfants et aux arrière-petits-enfants de ceux qui ont fréquenté le réseau des pensionnats indiens »⁶⁵. Il s'agit notamment :

- de consommation excessive d'alcool et d'autres drogues ;
- de violences physiques, psychologiques et sexuelles, passées et présentes ;
- de dévalorisation ;
- de familles dysfonctionnelles et de relations interpersonnelles perturbées ;
- de problèmes liés à l'exercice du rôle parental ;
- de suicide ;
- de grossesses chez les adolescentes.

La Fondation autochtone de guérison (FAG) a été créée en 1998 dans la foulée de la Commission royale sur les peuples autochtones. Son mandat consiste à financer et à soutenir des initiatives axées sur la guérison des Autochtones. En date de novembre 2005, le gouvernement fédéral avait engagé mille trois cent quarante-six subventions d'une valeur totale de trois cent soixante-dix-huit millions de dollars. De plus, il avait promis l'octroi, au cours des cinq années suivantes, d'une allocation supplémentaire totalisant cent vingt-cinq millions de dollars. Les demandes de financement reçues par la FAG s'élèvent à

plus d'un milliard trois cent millions de dollars, et l'organisme évalue qu'il faudra six cents millions de dollars sur trente ans pour s'attaquer pleinement au legs des pensionnats. Pour tout renseignement, les lecteurs et lectrices sont priés de consulter le site Web de la FAG : <<http://www.fadg.ca/>>. L'Indian Residential School Survivors' Society — sur Internet : <www.irsss.ca> — est un autre organisme qui offre des ressources aux personnes ayant survécu à l'expérience des pensionnats de même qu'aux personnes qui travaillent dans le domaine de la guérison. Entre autres services, l'organisme dispose d'un service de ligne d'écoute téléphonique sans frais, disponible tous les jours vingt-quatre heures sur vingt-quatre (1-866-925-4419).

En ce qui touche la pratique sensible, les praticiens et praticiennes de la santé qui travaillent auprès des clients ou clientes autochtones doivent être à l'affût des traits de personnalité suivants, qui pourraient dénoter des traumatismes passés, liés à l'expérience des pensionnats : (a) l'intériorisation inconsciente des comportements appris dans les pensionnats (p. ex., la politesse feinte, l'absence de revendication, la complaisance passive, l'excès de propreté ou l'obéissance irréfléchie) ; (b) les flashbacks et les traumatismes associatifs (p. ex., les rappels d'images, l'accès d'anxiété, les symptômes physiques ou les réactions de peur provoqués par la vue de certaines choses ou par des odeurs, des aliments, des sons et des personnes en particulier) ; (c) l'aversion ou le sentiment d'infériorité intériorisés à l'égard des Blancs, surtout ceux qui sont en situation d'autorité⁶⁵.

Les praticiens et praticiennes de la santé sont invités à aborder les personnes d'origine autochtone avec respect et ouverture d'esprit ainsi qu'à prévoir plus de temps que d'ordinaire pour faire les présentations et établir avec ces personnes un rapport fondé sur la confiance. Pour collaborer avec des clients ou clientes autochtones, il est approprié de recourir aux protocoles de pratique sensible qu'énonce le *Manuel de pratique*, surtout si ces protocoles se doublent d'efforts concertés pour que le praticien ou la praticienne s'éveille aux cultures autochtones et parvienne à mieux les comprendre.

 Ressources et ouvrages recommandés – Ouvrages sur les Autochtones (tout particulièrement les déclarations de principe produites par Janet Smylie)

Systèmes de santé

Les traités conclus entre le Canada et les Premières nations et Inuits n'abordent pas nommément la question des soins de santé. La seule mention directe du sujet apparaît dans le Traité n° 6, signé en 1876 dans les moyennes prairies de la Saskatchewan et de l'Alberta. On y lit « [q]u'il sera tenu un buffet à médicaments au domicile de tout agent des Indiens pour l'usage et l'avantage des Indiens, à la discrétion de tel agent »³⁷. Ce traité a fait l'objet d'actions en justice ultérieures qui ont statué qu'à l'époque de la signature du document, les chefs tentaient de conclure l'entente la plus favorable qui soit pour leurs membres et que, dans cette optique, la clause du traité pouvait signifier la prestation d'un ou de chacun des services nécessaires au maintien de la santé des Premières nations¹¹⁷. L'esprit de la clause « du buffet à médicaments » a été respecté pour l'ensemble des membres des Premières nations et des Inuits.

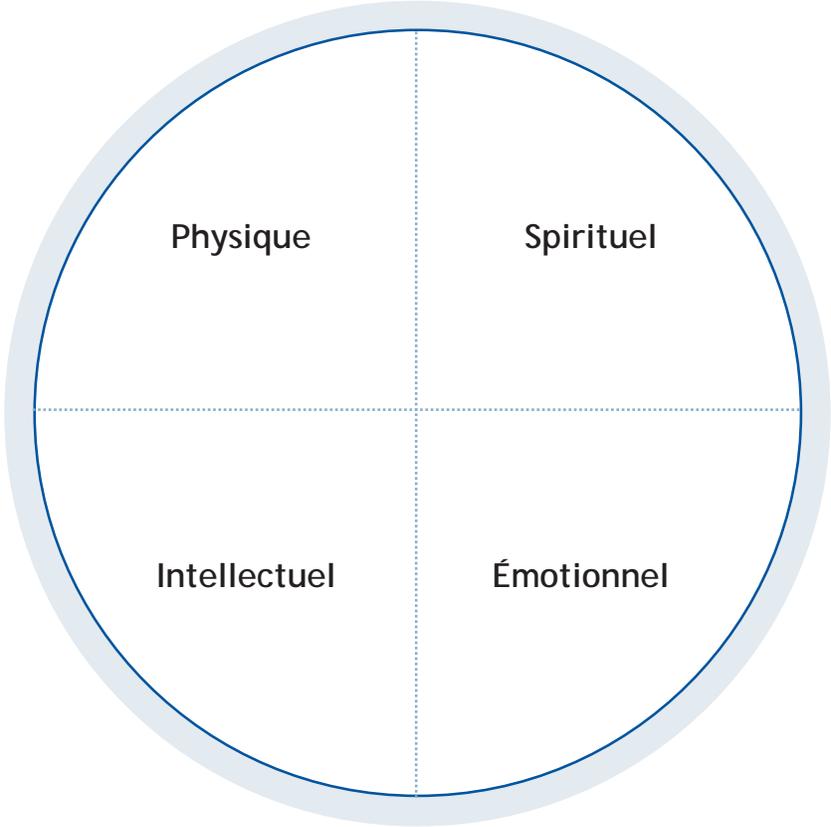
Par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, le gouvernement fédéral dispense des services de santé complets aux Premières nations et aux Inuits. La Direction générale prodigue directement des soins aux populations qui vivent dans les réserves. Par ailleurs, elle rembourse aux organismes de santé, provinciaux ou autres, les frais qu'ils engagent pour dispenser des services aux populations qui vivent à l'extérieur des réserves. Ces derniers temps, la reconquête de certaines fonctions d'autonomie gouvernementale par les Premières nations s'accompagne d'un transfert de pouvoirs. Ainsi, le versement de transferts relatifs à la santé à des conseils de Premières nations ou à

des conseils tribaux permet aux Premières nations d'administrer les ressources et leur donne le loisir de définir leurs propres besoins sanitaires et de planifier des programmes en conséquence. Ces mesures ne s'appliquent pas aux Indiens non inscrits et aux Métis, qui reçoivent des soins de la part du système de santé de leur province ou territoire.

Croyances des Autochtones en matière de santé

Le cercle d'influences (illustré à la figure 2) est le modèle de santé qu'évoquent le plus souvent la tradition orale des Autochtones de même que les auteurs qui se sont penchés sur la question. Le sol de l'Amérique du Nord est parsemé d'agencements circulaires de pierres qui ont inspiré le concept de *cercle d'influences*, lequel s'applique autant aux théories concernant la santé qu'à d'autres facettes des traditions autochtones. En raison de sa forme, le cercle d'influences n'a ni début, ni fin, et il en va ainsi de l'état de santé d'une personne. Le cercle compte quatre secteurs : l'intellectuel, l'émotionnel, le spirituel et le physique. Certains Autochtones croient qu'une santé optimale passe par le maintien d'un bon équilibre entre les quatre secteurs. Autrement dit, la personne tombe malade dès qu'un déséquilibre frappe l'un des secteurs. Par ailleurs, en raison des liens et de l'interdépendance qui existent entre les quatre secteurs, il est impossible de dissocier le corps de l'esprit, contrairement à ce qu'avancent de nombreux paradigmes qui régissent les milieux de la santé en Occident. Bon nombre de collectivités et d'organismes autochtones ont conçu des programmes précis fondés sur le modèle du cercle d'influences. Il suffit de parcourir Internet pour constater tout l'éventail des situations et des entités morbides auxquelles peut s'appliquer ce dernier.

FIGURE 2.
Le cercle d'influences



ANNEXE H : Commentaire à propos du trouble dissociatif de l'identité

Autrefois nommé « trouble de la personnalité multiple », le trouble dissociatif de l'identité est un état psychiatrique dont le bon diagnostic nécessite une formation spéciale. Le *DSM-IV-TR* énonce des critères propres à cette affection, notamment « l'existence d'au moins deux identités ou états de personnalité distincts, dotés chacun d'un modèle plus ou moins durable de perception et de conceptualisation de l'identité et du milieu ainsi que de mise en rapport avec ces éléments »^{9p.529} [traduction].

À en juger par les fruits de la recherche, le trouble dissociatif de l'identité serait presque toujours associé à des antécédents de violence grave à l'endroit d'enfants⁶⁹ et exigerait des traitements hyperspécialisés, dispensés par une équipe multidisciplinaire. Si un praticien ou une praticienne de la santé rencontre une personne ayant reçu un diagnostic de trouble dissociatif de l'identité, et si cette personne n'est pas encore traitée par une équipe de professionnels et professionnelles de la santé mentale, il serait indispensable de la recommander à un service spécialisé et de collaborer étroitement avec ce dernier.

ANNEXE I : Le débat concernant les preuves à l'appui des demandes de renseignements sur la violence interpersonnelle

Les preuves empiriques ne laissent planer aucun doute au sujet de la forte prévalence de la violence sexuelle pendant l'enfance ou des liens existant entre les événements indésirables pendant l'enfance et les ennuis de santé à l'âge adulte. Cependant, il est moins certain que les praticiens et praticiennes de la santé doivent systématiquement évaluer la violence et les sévices présents ou passés — dont le plus souvent la violence exercée par le partenaire intime (ou violence familiale) et la violence envers les enfants. Selon les constats formulés par trois études méthodiques provenant des États-Unis¹¹³, d'Angleterre¹²⁴ et du Canada¹⁷⁹, les preuves disponibles ne suffiraient pas à justifier une recommandation en vue du dépistage systématique de la violence familiale et/ou de la violence exercée par le partenaire intime. Par contre, tant l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario¹¹⁶ que le Groupe de travail sur la violence exercée par le partenaire intime de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada¹⁵² ont publié des directives cliniques qui prônent l'évaluation systématique — en tant que norme de pratique — de la violence envers les femmes et de la violence exercée par le partenaire intime. En outre, les lignes directrices et recommandations existantes pour la gestion de diverses conditions prévoient l'évaluation des antécédents de mauvais traitements^{p. ex.,4,5,6,10}.

i Section 2.5 – Effets sur la santé de la violence sexuelle à l'endroit d'enfants

Ce débat est pertinent à toute discussion relative aux demandes de renseignements sur les antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance. Une personne ayant été exposée à des violences ou à de mauvais traitements pendant l'enfance court, à l'âge adulte, un risque accru de violence exercée par le partenaire intime^{p.ex.,15}.

Étant assez fréquente, la présence simultanée des deux phénomènes donne à penser qu'il n'existe pas de cloison parfaitement étanche entre eux. Autrement dit, une personne qui dévoile des antécédents de violence exercée par le partenaire intime pourrait fort bien avoir subi des violences ou de mauvais traitements pendant l'enfance.

Bon nombre de spécialistes^{dont 56,152,181} contestent les conclusions des examens méthodiques précités. Leur désaccord tient en grande partie de la différence entre les concepts de *demandes de renseignements sur la violence et de dépistage* (qui, par définition, doit répondre à des critères stricts liés à l'absence de symptômes, à la spécificité, à la sensibilité, à la valeur prédictive positive, à la valeur prédictive négative, et ainsi de suite). Les opposants du dépistage universel font remarquer « l'absence de toute preuve de qualité attestant les bienfaits du dépistage ainsi que l'absence similaire de preuves démontrant que le dépistage ne cause aucun préjudice »^{181p.163} [traduction]. Les adeptes des demandes de renseignements systématiques sur la violence avancent que de telles demandes ne s'assimilent pas au dépistage, mais consistent plutôt « à poser des questions sur la violence familiale dans le cadre d'un échange consacré aux soins de santé »^{181p.163} [traduction]. Dans sa déclaration de consensus sur la violence exercée par le partenaire intime, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada reprend cette idée comme suit :

Le fait de poser aux femmes des questions sur la violence ne constitue pas une intervention de dépistage [c'est nous qui ajoutons l'italique] : les victimes ne sont pas asymptomatiques ; la divulgation ne constitue pas un résultat d'analyse, il s'agit bien d'un acte volontaire ; de plus, la présence ou l'absence de violence est indépendante de la volonté de la victime ;

la plupart des interventions nécessaires pour la protection et le soutien des réchappées sont de nature sociétale et non médicale¹⁵².

Les trois études méthodiques ont fait porter leur examen sur les seules recherches qui répondaient aux critères établis pour le « dépistage ». Par conséquent, elles n'ont considéré qu'un pourcentage restreint des recherches existantes qui traitent de la violence exercée par le partenaire intime. Par exemple, des huit cent six sommaires ayant trait au dépistage de la violence exercée par le partenaire intime, seuls quatorze répondaient aux critères d'inclusion fixés par Nelson et ses collaborateurs¹¹³. De même, n'ont été considérés que deux des six cent soixante-sept sommaires d'essais sur le terrain portant sur la violence exercée par le partenaire intime⁵⁶. À la lumière de ces observations, le Family Violence Prevention Fund Research Committee a tiré la conclusion suivante :

En raison de cette approche exagérément étroite à l'égard de la définition des questions de recherche les plus pertinentes, un vaste

ensemble d'études sur la violence exercée par le partenaire intime a été ignoré. Les résultats les plus étroitement ciblés sont les préjudices, les décès et les handicaps. À l'inverse, la plupart des chercheurs et chercheuses dans le domaine s'attendraient à ce que les bienfaits mesurables (résultats souhaitables) englobent l'amélioration de la santé et de la sécurité des patients et patientes et de leurs enfants, l'amélioration des facteurs de protection ainsi que la diminution de la fréquence et de la gravité des sévices physiques et/ou psychologiques^{56p.2-3} [traduction].

Les auteurs du présent manuel de pratique croient que les recherches sur lesquelles se fonde leur ouvrage étayent davantage la thèse voulant que les demandes systématiques de renseignements sur les antécédents de violence ne causent aucun préjudice à la personne et favorisent l'amélioration de la santé de l'ensemble des patients et patientes — à condition d'être faites de façon sensible et éclairée.

Ouvrages cités

1. Alaggia, R. « Many ways of telling: Expanding conceptualizations of child sexual abuse disclosure », *Child Abuse & Neglect*, vol. 28 (2004), p. 1213-1227.
2. Allen, J.G. « Dissociative processes: Theoretical underpinnings of a working model for clinician and patient », *Bulletin of the Menninger Clinic*, vol. 57, n° 3 (1993), p. 287-308.
3. Allers, C.T., K.J. Benjack, J. White, et J.T. Rousey. « HIV vulnerability and the adult survivor of childhood sexual abuse », *Child Abuse and Neglect*, vol. 17, n° 2 (1993), p. 291-298.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. « ACOG Practice Bulletin No. 51: Chronic pelvic pain », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 103, n° 3 (2004), p. 589-605.
5. American Gastroenterological Association. « American Gastroenterological Association medical position statement: Irritable bowel syndrome », *Gastroenterology*, vol. 123, n° 6 (2002), p. 2105-2107.
6. American Physical Therapy Association. *Guidelines for Recognizing and Providing Care for Victims of Domestic Violence*, Alexandria (Va.), American Physical Therapy Association, 2005.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e éd., Washington (DC), American Psychiatric Association, 1980.
8. American Psychiatric Association. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd., Washington (DC), American Psychiatric Association, 1994.
9. American Psychiatric Association. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e éd. text. rev., Washington (DC), American Psychiatric Association, 2000.
10. American Psychiatric Association. Working group on Psychiatric Evaluation. *Practice Guidelines for Psychiatric Evaluation of Adults*, 2^e éd., Washington (DC), American Psychiatric Association, 2006 (consulté le 21 janvier 2008). Sur Internet : <<http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aid=137162>>.
11. Assemblée des Premières Nations. *Description de l'APN*, 2006 (consulté le 27 avril 2006 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.afn.ca/article.asp?id=58>> en anglais et <<http://www.afn.ca/article.asp?id=94>> en français.
12. Assemblée des Premières Nations. Secteur des pensionnats indiens. *Série sur les survivants autochtones des pensionnats indiens au Canada*, automne 2004 (consulté le 27 avril 2006 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <http://www.afn.ca/residentialschools/PDF/Newsletters/Fall_2004.pdf> en anglais et <<http://www.afn.ca/residentialschools/francais/PDF/Newsletters/Automne2004.pdf>> en français.
13. Banyard, V.L., L.M. Williams, et J.A. Siegel. « Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences », *Child Maltreatment*, vol. 9, n° 3 (2004), p. 223-238.
14. Becker, J.V. « Offenders: Characteristics and treatment », *The Future of Children*, vol. 4, n° 2 (1994), p. 31, 178-197.

15. Bensley, L., J. van Eenwyk, et K.W. Simmons. « Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 25, n° 1 (2003), p. 38-44.
16. Berliner, L., et D.M. Elliot. « Sexual abuse of children », *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, publié sous la direction de J.E.B. Myers, L. Berliner, J.N. Briere, C.T. Hendrix, C.A. Jenny et T.A. Reid, Thousand Oaks (Ca.), Sage, 2002.
17. Betancourt, J.R., A.R. Green, et J.E. Carrillo. *Cultural Competence in Health Care: Emerging Frameworks and Practical Approaches. The Commonwealth Fund Report*, 2002 (consulté le 8 avril 2007). Sur Internet : <http://www.cmwf.org/publications/publications_show.htm?doc_id=221320>.
18. Betancourt, J.R., A.R. Green, J.E. Carrillo, et O. Ananeh-Firempong. « Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care », *Public Health Reports*, vol. 118 (2003), p. 293-302.
19. Betancourt, J.R., et A.W. Maina. « The Institute of Medicine Report: "Unequal treatment": Implications for academic health centers », *The Mount Sinai Journal of Medicine*, vol. 71, n° 5 (2004, consulté le 8 avril 2007), p. 314-321. Sur Internet : <http://www.mssm.edu/msjournal/71/71_5_pages_314_321.pdf>.
20. Blanchard, G. « Male victims of child sexual abuse: A portent of things to come », *Journal of Independent Social Work*, vol. 1, n° 1 (1986), p. 19-27.
21. Blume, E.S. *Secret Survivors*, New York, Ballantine Books, 1990.
22. Bohn, D.D., et K.A. Holz. « Sequelæ of abuse: Health effects of childhood sexual abuse, domestic battering, and rape », *Journal of Nurse Midwifery*, vol. 41, n° 6 (1996), p. 442-456.
23. Bolen, R., et M. Scannapieco. « Prevalence of child sexual abuse: A corrective metanalysis », *Social Service Review*, vol. 73, n° 3 (1999), p. 281-313.
24. Bolen, R.M. *Child Sexual Abuse: Its Scope and Our Failure*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2001.
25. Borelli, B.R. *Understanding the Dynamics of Ritual Abuse*, San Francisco, Alliant International University, 2006. Thèse de doctorat inédite.
26. Brière, J. *Therapy for Adults Molested as Children: Beyond Survival*, New York, Springer Publishing, 1989.
27. Brière, J. « Methodological issues in the study of sexual abuse effects », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 60, n° 2 (1992), p. 196-203.
28. Brière, J., et D.M. Elliott. « Immediate and long-term impacts of child sexual abuse », *Future of Children*, vol. 4, n° 2 (1994), p. 54-69.
29. Brière, J., et D.M. Elliott. « Prevalence and psychological sequelæ of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women », *Child Abuse and Neglect*, vol. 27, n° 10 (2003), p. 1205-1222.
30. Brière, J., D. Evans, M. Runtz, et T. Wall. « Symptomatology in men who were molested as children: A comparison study », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 58, n° 3 (1988), p. 457-461.
31. Brière, J., et M. Runtz. « Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories », *Child Abuse & Neglect*, vol. 14, n° 3 (1990), p. 357-364.

32. Browne, A.J., et C. Varcoe. « Critical cultural perspectives and health care involving Aboriginal peoples », *Contemporary Nurse*, vol. 22, n° 2 (2006), p. 155-167.
33. Burgess, S., A.M. Watkinson, A. Elliott, W. MacDermott, et M. Epstein. *I Couldn't Say Anything so My Body Tried to Speak for Me: The Cost of Providing Health Care Services to Women Survivors of Childhood Sexual Abuse*, Winnipeg (Man.), Centre d'excellence pour la santé des femmes – Région des Prairies, 2003 (consulté le 27 janvier 2008). Sur Internet : <<http://www.cewh-cesf.ca/PDF/pwhce/i-couldnt-say-anything-long.pdf>>.
34. Caldwell, B. « Sex-case teacher fired », *The Record*, 25 janvier 2005, p. A1.
35. Campinha-Bacote, J. « A model and instrument for addressing cultural competence in health care », *Journal of Nursing Education*, vol. 38, n° 5 (1999), p. 203-207.
36. Campinha-Bacote, J. « Many faces: Addressing diversity in health care », *Online Journal of Issues in Nursing*, vol. 8, n° 1 (2003, consulté le 5 juin 2006). Sur Internet : <http://nursingworld.org/ojin/topic20/tpc20_2.htm>.
37. Canada. *Articles d'un traité*, 1876 (consulté le 22 janvier 2008 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/trts/trty6/trty6a_e.html> en anglais et <http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/trts/trty6/trty6a_f.html> en français.
38. Canada. *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, chapitre 5, L.C. (de) 2000 (consulté le 22 janvier 2008 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://laws.justice.gc.ca/en/ShowFullDoc/cs/P-8.6///en>> en anglais et <<http://laws.justice.gc.ca/fr/showdoc/cs/P-8.6///fr?page=1>> en français.
39. Chen, J., M.P. Dunne, et P. Han. « Child sexual abuse in Henan province, China: Associations with sadness, suicidality and risk behaviors among adolescent girls », *Journal of Adolescent Health*, vol. 38 (2006), p. 544-549.
40. Christine. « A burden to share: A personal account of the effects of childhood sexual abuse on birth », *The Birthkit*, vol. 1, n° 2 (1994, consulté le 21 janvier 2008). Sur Internet : <<http://www.gentlebirth.org/archives/burden.html>>.
41. Clarke, S., et C. Pearson. « Personal constructs of male survivors of childhood sexual abuse receiving cognitive analytic therapy », *British Journal of Medical Psychology*, vol. 73 (2000), p. 169-177.
42. *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*, publié sous la direction de C.R. Figley, New York, Brunner/Mazel, 1995.
43. *Confronting Chronic Neglect: The Education and Training of Health Professionals on Family Violence*, publié sous la direction de F. Cohn, M.E. Salmon et J.D. Stobo, Washington (DC), National Academy Press, 2002.
44. Conte, J.R., et J.R. Schuerman. « Factors associated with an increased impact of child sexual abuse », *Child Abuse & Neglect*, vol. 11, n° 2 (1987), p. 201-211.
45. Coulehan, J.L., et M.RE. Block. *The Medical Interview: A Primer for Students of the Art*, 2^e éd., Philadelphie (Pa.), F.A. Davis, 1992.
46. Courtois, C. *Healing the Incest Wound: Adult Survivors in Therapy*, New York, Norton, 1988.
47. Denov, M. « Myth of innocence: Sexual scripts and the recognition of child sexual abuse by female perpetrators », *Journal of Sex Research*, vol. 40, n° 3 (2003), p. 303-314.

48. Denov, M.S. « The long-term effects of child sexual abuse by female perpetrators: A qualitative study of male and female victims », *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 19, n° 10 (2004), p. 1137-1156.
49. Dickason, O.P. *And the People Came – Canada's First Nations: A History of Founding Peoples from Earliest Times*, 3^e éd., Don Mills (Ont.), Oxford University Press, 2002.
50. Dole, P. *Pap Smears for Survivors of Sexual Abuse*, 2001 ? (consulté le 6 juillet 2007). Sur Internet : <http://www.tpan.com/publications/positively_aware/may_june_01/papsmears.html>.
51. Dorais, M. *Don't Tell: The Sexual Abuse of Boys*, Montréal (Qué.), McGill-Queen's University Press, 2002.
52. Drossman, D.A., J. Leserman, G. Nachman, Z.M. Li, H. Gluck, T.C. Toomey, et C.M. Mitchell. « Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders », *Annals of Internal Medicine*, vol. 13, n° 11 (1990), p. 828-833.
53. Dube S.R., R.F. Anda, C.L. Whitfield, D.W. Brown, V.J. Felitti, M. Dong, et coll. « Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 28, n° 5 (2005), p. 430-438.
54. Ellis, J.M. « Barriers to effective screening for domestic violence by registered nurses in their Emergency Department », *Critical Care Nursing Quarterly*, vol. 22, n° 1 (1999), p. 27-41.
55. Engel, B. *Families in Recovery: Healing the Damage of Childhood Sexual Abuse*, 2^e éd., Lincolnwood (Ill.), Lowell House, 1999.
56. Family Violence Prevention Fund. Research Committee. *Review of the US Preventive Services Task Force Draft Recommendation and Rationale Statement on Screening for Family Violence*, 2003 (consulté le 27 janvier 2008). Sur Internet : <<http://www.endabuse.org/programs/healthcare/files/FullResponse.pdf>>.
57. Felitti, V.J. « Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation », *Southern Medical Journal*, vol. 84, n° 3 (1991), p. 328-331.
58. Felitti, V.J., R.F. Anda, D. Nordenberg, D.F. Williamson, A.M. Spitz, et coll. « Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) study », *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, n° 4 (1998), p. 245-258.
59. Fergusson, D.M., et P.E. Mullen. *Childhood Sexual Abuse: An Evidence Based Perspective*, Thousand Oaks (Ca.), Sage, 1999.
60. Finkelhor, D. « Early and long-term effects of childhood sexual abuse: An update », *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 21 (1990), p. 325-330.
61. Finkelhor, D. « Current information on the scope and nature of child sexual abuse », *The Future of Children*, vol. 4, n° 2 (1994), p. 31-53.
62. Finkelhor, D. « The international epidemiology of child sexual abuse », *Child Abuse & Neglect*, vol. 18, n° 5 (1994), p. 409-417.
63. Finkelhor, D., et A. Browne. « The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 55, n° 4 (1985), p. 530-541.
64. Finkelhor, D., et J. Dziuba-Leatherman. « Children as victims of violence: A national survey », *Pediatrics*, vol. 94, n° 4, Part 1 (1994), p. 413-420.

65. Fondation autochtone de guérison. *Que sont les enfants devenus ? Guérir l'héritage des écoles résidentielles : conséquences intergénérationnelles*, 1999 (consulté le 27 avril 2006 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.wherearethekids.ca/en/impacts.html>> en anglais et <<http://www.lesenfantsdevenus.ca/fr/impacts.html>> en français.
66. Fondation autochtone de guérison. *Rapport annuel 1999*, 1999 (consulté le 26 avril 2006 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <http://www.ahf.ca/newsite/english/pdf/annual_report_1999.pdf> en anglais et <http://www.fadg.ca/pages/download/34_8> en français.
67. Glaser, B., et A. Strauss. *The Discovery of Grounded Theory*, Chicago, Aldine, 1967.
68. Glasser, M., I. Kolvin, D. Campbell, A. Glasser, I. Leitch, et S. Farrelly. « Cycle of child sexual abuse: Links between being a victim and becoming a perpetrator », *British Journal of Psychiatry*, vol. 179 (2001), p. 482-494.
69. Golding, J.M. « Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples », *Research in Nursing and Health*, vol. 19 (1996), p. 33-44.
70. Gorey, K., et D. Leslie. « The prevalence of child sexual abuse: Integrative review adjustment for potential response and measurement bias », *Child Abuse & Neglect*, vol. 21 (1997), p. 391-398.
71. Graham, J.E., L.M. Christian, et J.K. Kiecolt-Glaser. « Stress, age, and immune function: Toward a lifespan approach », *Journal of Behavioral Medicine*, vol. 29, n° 4 (2006), p. 389-400.
72. Grant, A. *Finding My Talk: How Fourteen Canadian Native Women Reclaimed Their Lives After Residential School*, Calgary, Fifth House, 2004.
73. Grayston, A.D., et R.V. De Luca. « Female perpetrators of child sexual abuse: A review of the clinical and empirical literature », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 4, n° 1 (1999), p. 93-106.
74. Gustafson, D.L. « Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective », *Advances in Nursing Science*, vol. 28, n° 1 (2005), p. 2-16.
75. Gustafson, D.L. « White on whiteness: Becoming radicalized about race », *Nursing Inquiry*, vol. 14, n° 2 (2007), p. 153-161.
76. Hall, J.M., et L.L. Kondora. « Beyond "true" and "false" memories: Remembering and recovery in the survival of childhood sexual abuse », *Advances in Nursing Science*, vol. 19, n° 4 (1997), p. 37-54.
77. *Handbook of Action Research*, publié sous la direction de P. Reason et H. Branbury, Londres (R.-U.), Sage, 2001.
78. Hartman, C.R., et A.W. Burgess. « Information processing of trauma », *Child Abuse & Neglect*, vol. 17, n° 1 (1993), p. 47-58.
79. Heffernan, K., et M. Cloitre. « A comparison of Posttraumatic Stress Disorder with and without Borderline Personality Disorder among women with a history of childhood sexual abuse », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 188, n° 9 (2000), p. 589-595.
80. Heinzer, M., et J. Krimm. « Barriers to screening for domestic violence in an emergency department », *The Science of Health and Nursing*, vol. 16, n° 3 (2002), p. 24-33.
81. Herman, J. *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books, 1992.
82. Herman, J.L., J.C. Perry, et B.A. van der Kolk. « Childhood trauma in Borderline Personality Disorder », *American Journal of Psychiatry*, vol. 146, n° 4 (1989), p. 490-495.

83. Hibbard, R.A., L.W. Desch, American Academy of Committee on Child Abuse and Neglect, et American Academy of Pediatrics Council on Children With Disabilities. « Maltreatment of children with disabilities (Clinical report) », *Pediatrics*, vol. 119, n° 5 (2007), p. 1018-1025.
84. Hobbins, D. « Survivors of childhood sexual abuse: Implications for perinatal nursing care », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 33, n° 4 (2004), p. 485-497.
85. Holmes, G.R., L. Offen, et G. Waller. « See no evil, hear no evil, speak no evil: Why do relatively few male victims of childhood sexual abuse receive help for abuse-related issues in adulthood? », *Clinical Psychology Review*, vol. 17, n° 1 (1997), p. 69-88.
86. Holmes, W.C., et G.B. Slap. « Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelæ, and management », *JAMA*, vol. 280, n° 21 (1998), p. 1855-1862.
87. Hulme, P. « Symptomatology and health care utilization of women primary care patients who experienced childhood sexual abuse », *Child Abuse & Neglect*, vol. 24, n° 11 (2000), p. 1471-1484.
88. Ilnyckyj, A., et C.N. Bernstein. « Sexual abuse in irritable bowel syndrome: To ask or not to ask – that is the question », *Journal canadien de gastroentérologie*, vol. 16, n° 11 (2002), p. 801-805.
89. International Society for the Study of Trauma and Dissociation. *Frequently Asked Questions: Trauma*, 2007 (consulté le 27 avril 2007). Sur Internet : <<http://www.isst-d.org/education/faq-trauma.htm>>.
90. Inuit Tapiriit Kanatami. *Our 5000 Year Heritage*, s.d. (consulté le 27 avril 2006). Sur Internet : <<http://www.itk.ca/5000-year-heritage/index.php>>.
91. Johnson, R.J., M.W. Ross, W.C. Taylor, M.L. Williams, R.I. Carvajal, et R.J. Peters. « Prevalence of childhood sexual abuse among incarcerated males in county jail », *Child Abuse & Neglect*, vol. 30 (2006), p. 75-86.
92. Kendall-Tackett, K. « The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health », *Child Abuse & Neglect*, vol. 26 (2002), p. 715-729.
93. Kendall-Tackett, K.A. « Breastfeeding and the sexual abuse survivor », *Journal of Human Lactation*, vol. 14, n° 2 (1998), p. 125-130.
94. Kendall-Tackett, K.A. « Epilogue: Where do we go from here? », *Health Consequences of Abuse in the Family: A Clinical Guide for Evidence-Based Practice*, publié sous la direction de K.A. Kendall-Tackett, Washington (DC), American Psychological Association, 2004, p. 247-251.
95. Kop, W.J. « The integration of cardiovascular behavioral medicine and psychoneuroimmunology: New developments based on converging research fields », *Brain, Behavior, & Immunity*, vol. 17, n° 4 (2003), p. 233-237.
96. Lab, D.D., J.D. Feigenbaum, et P. De Silva. « Mental health professionals' attitudes and practices towards male childhood sexual abuse », *Child Abuse & Neglect*, vol. 24, n° 3 (2000), p. 391-409.
97. Laishes, J. *Stratégie en matière de santé mentale pour les délinquants*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada, 2002 (consulté le 23 janvier 2008 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/fsw/mhealth/toc-eng.shtml>> en anglais et <<http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/fsw/mhealth/toc-fra.shtml>> en français.
98. Lator, K. « Child sexual abuse in sub-Saharan Africa: A literature review », *Child Abuse & Neglect*, vol. 28 (2004), p. 439-460.
99. Lambie, I., F. Seymour, A. Lee, et P. Adams. « Resiliency in the victim-offender cycle in male sexual abuse », *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, vol. 14, n° 1 (2002), p. 31-48.

100. Laporte, L., et H. Guttman. « Traumatic childhood experiences as risk factors for Borderline and other personality disorders », *Journal of Personality Disorders*, vol. 10, n° 3 (1996), p. 247-259.
101. Leonard, B.E., et C. Song. « Changes in the immune-endocrine interrelationships in anxiety and depression », *Stress Medicine*, vol. 13, n° 4 (1997), p. 217-227.
102. Lesserman, J., Z. Li, D.A. Drossman, et Y.J.B. Hu. « Selected symptoms associated with sexual and physical abuse history among female patients with gastrointestinal disorders: The impact on subsequent health care visits », *Psychological Medicine*, vol. 28 (1998), p. 417-425.
103. Loo, S.K., N.M. Bala, M.E. Clarke, et J.P. Hornick. *La violence envers les enfants : signalement et classification des cas dans les établissements de soins de santé*, Ottawa (Ont.), Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1999.
104. Lutgendorf, S.K., et E.S. Costanzo. « Psychoneuroimmunology and health psychology: An integrative model », *Brain, Behavior, and Immunity*, vol. 17, n° 4 (2003), p. 225-232.
105. Mathews, F. *Le garçon invisible – Nouveau regard sur la victimologie au masculin : enfants et adolescents*, Ottawa (Ont.), Centre national d'information sur la violence dans la famille, 1996 (consulté le 14 juin 2006 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/pdfs/invisib.pdf>> en anglais et <http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/nfntsx-invisible_f.pdf> en français.
106. Miller, D. *Women Who Hurt Themselves: A Book of Hope and Understanding*, New York, Basic Books, 1994.
107. Molnar, B.E., S.L. Buka, et R.C. Kessler. « Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 5 (2001), p. 753-760.
108. Monahan, K., et C. Forgash. « Enhancing the health care experiences of adult female survivors of childhood sexual abuse », *Women & Health*, vol. 30, n° 4 (2000), p. 27-41.
109. Moore, M., D. Zaccaro, et L. Parsons. « Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/domestic violence », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 27, n° 2 (1998), p. 175-181.
110. Mulder, R.T., A.L. Beautrais, P.R. Joyce, et D.M. Fergusson. « Relationship between dissociation, child sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample », *American Journal of Psychiatry*, vol. 155, n° 6 (1998), p. 806-811.
111. Nathan, P., et T. Ward. « Females who sexually abuse children: Assessment and treatment issues », *Psychiatry, Psychology and Law*, vol. 8, n° 1 (2001), p. 44-55.
112. National Center for Victims of Crime. *Child Sexual Abuse*, 1997 (consulté le 27 janvier 2008). Sur Internet : <<http://www.ncvc.org/ncvc/main.aspx?dbName=DocumentViewer&DocumentID=32315>>.
113. Nelson, H.D., P. Nygren, Y. McInerney, et J. Klein. « Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: A review of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force », *Annals of Internal Medicine*, vol. 140, n° 5 (2004), p. 387-396.
114. Newman, M.G., L. Clayton, A. Zuellig, L. Cashman, B. Arnow, R. Dea, et C.B. Taylor. « The relationship of childhood sexual abuse and depression with somatic symptoms and medical utilization », *Psychological Medicine*, vol. 30 (2000), p. 1063-1077.

115. O’Leary, P. « Working with males who have experienced childhood sexual abuse », *Working with Men in the Human Services*, publié sous la direction de B. Pease et P. Camilleri, Crows Nest (Nouvelle-Galles du Sud), Allyn & Unwin, 2001, p. 80-92.
116. Ordre des infirmières et infirmiers de l’Ontario. *Best Practice Guidelines – Woman Abuse: Screening, Identification and Initial Response*, Toronto (Ont.), 2005.
117. Organisation nationale de la santé autochtone, et Native Law Centre. *Discussion Papers Series in Aboriginal Health – Legal Issues: Treaty No. 6 “Medicine Chest” Clause*, s.d. (consulté le 27 avril 2006). Sur Internet : <<http://www.usask.ca/nativelaw/medicine.html>>.
118. Parsons, L.H., D. Zaccaro, B. Wells, et T.G. Stovall. « Methods and attitudes toward screening obstetrics and gynecology patients for domestic violence », *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, vol. 173, n° 2 (1995), p. 381-386.
119. Putnam, F. « Dissociation as a response to extreme trauma », *Childhood Antecedents of Multiple Personality*, publié sous la direction de R. Kluft, Washington (DC), American Psychiatric Press, 1995, p. 66-97.
120. Putnam, F.W. « Pierre Janet and modern views of dissociation », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 2, n° 4 (1989), p. 413-429.
121. Putnam, F.W. « Ten-year research update review: Child sexual abuse », *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 42, n° 3 (2003), p. 269-278.
122. Québec. Office de la langue française. *Le Grand dictionnaire terminologique*, s.d. (consulté le 13 juin 2008). Sur Internet : <http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp>.
123. Ralliement national des Métis. *Who Are the Metis?*, s.d. (consulté le 27 avril 2006). Sur Internet : <<http://www.metisnation.ca/>>.
124. Ramsay, J., J. Richardson, Y.H. Carter, L.L. Davidson, et G. Feder. « Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review », *British Medical Journal*, vol. 325, n° 7359 (2002), p. 314-326.
125. Ramsden, I. « Kawa whakaruruhau: Cultural safety in nursing education in Aotearoa, New Zealand », *Nursing Praxis in New Zealand*, vol. 8, n° 3 (1993), p. 4-10.
126. Ramsden, I. « Cultural safety/Kawa whakaruruhau ten years on: A personal overview », *Nursing Praxis in New Zealand*, vol. 15, n° 1 (2000), p. 4-12.
127. Regehr, C., et K. Kanani. *Essential Law for Social Work Practice in Canada*, Don Mills (Ont.), Oxford University Press, 2006.
128. Reiter, R.C., et J.C. Gambone. « Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain », *Obstetrics & Gynecology*, vol. 75, n° 3 (1990), p. 428-432.
129. Rhodes, N., et S. Hutchinson. « Labor experiences of childhood sexual abuse survivors », *Birth*, vol. 21, n° 4 (1994), p. 213-220.
130. Robinson, D., et J. Taylor. « Détenus victimes ou témoins de violence familiale pendant leur enfance » et « Autres corrélats de la violence familiale », *La violence familiale chez les délinquants sous responsabilité fédérale : étude fondée sur l’examen des dossiers*, Service correctionnel du Canada, Ottawa (Ont.), mars 1995 (consulté le 9 juillet 2007 en anglais et le 13 juin 2008 en français), no FV-103. Sur Internet : <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/fv/fv03/fv03e07_e.shtml#1> en anglais et <<http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/fv/fv03/fv03e07-fra.shtml#1>> en français.

131. Robohm, J.S., B.W. Litzenger, et L.A. Pearlman. « Sexual abuse in lesbian and bisexual young women: Associations with emotional/behavioural difficulties, feelings about sexuality, and the “coming out” process », *Journal of Lesbian Studies*, vol. 7, n° 4 (2003), p. 31-47.
132. Romano, E., et R.V. De Luca. « Male sexual abuse: A review of effects, abuse characteristics, and links with later psychological functioning », *Aggression and Violent Behavior*, vol. 6, n° 1 (2001), p. 55-78.
133. Rose, A. « Effects of childhood sexual abuse on childbirth: One woman’s story », *Birth*, vol. 19, n° 4 (1992), p. 214-218.
134. Rosen, L.N., et L. Martin. « Impact of childhood abuse history on psychological symptoms among male and female soldiers in the U.S. Army », *Child Abuse & Neglect*, vol. 20, n° 12 (1996), p. 1149-1160.
135. Rothstein, J.M. « The sensitive practitioner », *Physical Therapy*, vol. 79, n° 3 (1999), p. 246-247.
136. Salter, D., D. McMillan, M. Richards, T. Talbot, J. Hodges, A. Bentovim, et coll. « Development of sexually abusive behaviour in sexually victimised males: A longitudinal study », *Lancet*, vol. 361, n° 9356 (2003), p. 471-476.
137. Santé Canada, Division de la Santé et l’Inforoute. *Cadre pancanadien de protection de la confidentialité des renseignements personnels sur la santé*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 27 janvier 2005 (consulté le 27 janvier 2008 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/ehealth-esante/2005-pancanad-priv/index_e.html> en anglais et <<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/ehealth-esante/2005-pancanad-priv/index-fra.php>> en français.
138. Sapsford, L. « Strengthening voices: A soulful approach to working with adolescent girls », *Women & Therapy*, vol. 20, n° 2 (1997), p. 75-87.
139. Saradjian, J. *Women Who Sexually Abuse Children: From Research to Clinical Practice*, Chichester (R.-U.), John Wiley & Sons, 1996.
140. Sarson, J., et L. MacDonald. « Ritual abuse/torture », *Gazette de la Gendarmerie royale du Canada*, vol. 67, n° 1 (2005, consulté le 27 janvier 2008). Sur Internet : <<http://www.ritualabusetorture.org/gazette.pdf>>.
141. Scarinci, I.C., J. McDonald-Haile, L.A. Bradley, et J.E. Richter. « Altered pain perception and psychosocial features among women with gastrointestinal disorders and history of abuse: A preliminary model », *American Journal of Medicine*, vol. 97, n° 2 (1994), p. 108-118.
142. Schachter, C.L., N. Radomsky, C.A. Stalker, et E. Teram. « Women survivors of child sexual abuse: How can health professionals promote healing? », *Le médecin de famille canadien*, vol. 50 (2004), p. 405-412.
143. Schachter, C.L., C.A. Stalker, et E. Teram. « Toward sensitive practice: Issues for physical therapists working with survivors of childhood sexual abuse », *Physical Therapy*, vol. 79, n° 3 (1999), p. 248-261.
144. Schachter, C.L., E. Teram, et C.A. Stalker. « Integrating grounded theory and action research to develop sensitive practice with survivors of childhood sexual abuse », *Qualitative Research in Evidence-Based Rehabilitation*, publié sous la direction de K.W. Hammell et C. Carpenter, Edinburgh (R.-U.), Harcourt, 2004, p. 77-88.
145. Schofferman, J., D. Anderson, R. Hines, G. Smith, et G. Keane. « Childhood psychological trauma and chronic refractory low-back pain », *Clinical Journal of Pain*, vol. 9, n° 4 (1993), p. 260-265.
146. Sebold, J. « Indicators of child sexual abuse in males », *Social Casework*, vol. 68, n° 2 (1987), p. 75-80.

147. Seng, J.S., K.J.H. Sparbel, L.K. Low, et C. Killion. « Abuse-related posttraumatic stress and desired maternity care practices: Women's perspectives », *Journal of Midwifery and Women's Health*, vol. 47 (2002), p. 360-370.
148. « Sex case teacher goes free », *MX*, 14 novembre 2004, p. 1.
149. Sickel, A.E., J.G. Noll, P.J. Moore, F. Putnam, et P.K. Trickett. « The long-term physical health and healthcare utilization of women who were sexually abused as children », *Journal of Health Psychology*, vol. 7 (2002), p. 583-597.
150. Simkin, P., et P. Klaus. *When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on the Childbearing Women*, Seattle (Wa.), Woman Classic Day Publishing, 2004.
151. Singer, M.I., J. Bussey, L. Song, et L. Lunghofer. « The psychosocial issues of women serving time in jail », *Social Work*, vol. 40, n° 1 (1995), p. 103-113.
152. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Groupe de travail sur la violence exercée par le partenaire intime. « Clinical practice guidelines: Intimate partner violence consensus statement », *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*, vol. 157 (2005), p. 365-388.
153. Spataro, J., P.E. Mullen, P.M. Burgess, D.L. Wells, et S.A. Moss. « Impact of child sexual abuse on mental health: Prospective study in males and females », *British Journal of Psychiatry*, vol. 184 (2004), p. 416-421.
154. Spiegel, D. « Trauma, dissociation and hypnosis », *Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology*, publié sous la direction de R.P. Kluft, Washington (DC), American Psychiatric Press, 1990, p. 247-261.
155. Springs, F.E., et W.N. Friedrich. « Health risk behaviors and medical sequelæ of childhood sexual abuse », *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 67, n° 6 (1992), p. 527-532.
156. Stalker, C.A., B.D. Carruthers-Russell, E. Teram, et C.L. Schachter. « Providing dental care to survivors of childhood sexual abuse: Treatment considerations for the practitioner », *Journal of the American Dental Association*, vol. 136 (2005), p. 1277-1281.
157. Stalker, C.A., C.L. Schachter, et E. Teram. « Facilitating effective relationships between survivors of childhood sexual abuse and health professionals: Lessons from survivors who have received physical therapy », *Affilia: Journal of Women and Social Work*, vol. 14 (1999), p. 176-198.
158. Stalker, C.A., C.L. Schachter, E. Teram, et G. Lasiuk. « Client-centred care: Integrating the perspectives of childhood sexual abuse survivors and clinicians », *Integrating Trauma Practice into Primary Care*, publié sous la direction de V. Banyard, V. Edwards et K. Kendall-Tackett, New York, Haworth Press. À paraître.
159. Statistique Canada. *Recensement de 2001, Série « Analyses » – Peuples autochtones du Canada : Inuits*, 2006 (consulté le 27 avril 2006 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www12.statcan.ca/english/census01/Products/Analytic/companion/abor/groups3.cfm>> en anglais et <http://www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Analytic/companion/abor/groups3_f.cfm> en français.
160. Steel, J., L. Sanna, B. Hammond, J. Whipple, et H. Cross. « Psychological sequelæ of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style », *Child Abuse & Neglect*, vol. 28, n° 7 (2004), p. 785-801.
161. Stevens, J., S. Zierler, D. Dean, A. Goodman, et B. Chalfen. « Prevalence of prior sexual abuse and HIV risk-taking behaviors in incarcerated women in Massachusetts », *Journal of Correctional Health Care*, vol. 2, n° 2 (1995), p. 137-149.

162. Stewart, M., J. Belle Brown, W.W. Weston, I.R. McWhinney, C.L. McWilliams, et T.R. Freeman. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*, Londres (R.-U.), Radcliffe Medical Press, 2003.
163. Teram, E., C.L. Schachter, et C.A. Stalker. « Opening the doors to disclosure: Childhood sexual abuse survivors reflect on telling physical therapists about their trauma », *Physiotherapy*, vol. 85, n° 2 (1999), p. 88-97.
164. Teram, E., C.L. Schachter, et C.A. Stalker. « The case for integrating grounded theory and participatory action research: Empowering clients to inform professional practice », *Qualitative Health Research*, vol. 15 (2005), p. 1129-1140.
165. Teram, E., C.L. Schachter, C.A. Stalker, et A. Hovey. (2005). *Childhood Sexual Abuse Survivors' Perceptions of Their Interactions With Health Professionals: Analysis of Gender Related Differences*. Onzième conférence sur la recherche qualitative en matière de santé, tenue à l'Université d'Utrecht dans la ville du même nom (Pays-Bas).
166. Teram, E., C.L. Schachter, C.A. Stalker, A. Hovey, et G. Lasiuk. « Towards malecentric communication: Sensitizing health professionals to the realities of male childhood sexual abuse survivors », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 27 (2006), p. 499-517.
167. *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress*, publié sous la direction de P.P. Schnurr et B.L. Green, Washington (DC), American Psychological Association, 2004.
168. Trocmé, N., B. Fallon, B. MacLaurin, J. Daciuk, C. Felstiner, et coll. *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003 : données principales*, 2003 (consulté le 16 janvier 2008 en anglais et le 11 juin 2008 en français). Sur Internet : <http://www.mcgill.ca/files/crcf/2005-CIS_2003_Major_Findings.pdf> en anglais et <http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/cssca-ecve/pdf/childabuse_final_f.pdf> en français.
169. Tudiver, S., L. McClure, T. Heinonen, C. Scurfield, et C. Krewlewetz. *Women Survivors of Childhood Sexual Abuse: Knowledge and Preparation of Health Care Providers to Meet Client Needs*, 2000 (consulté le 20 décembre 2003). Sur Internet : <<http://www.pwhce.ca/womenSurvivors.htm>>. Rapport final produit à l'intention du Centre d'excellence pour la santé des femmes – Région des Prairies.
170. van der Kolk, B.A. « The psychology and psychobiology of developmental trauma », *Human Behaviour: An Introduction for Medical Students*, publié sous la direction de A. Stoudemire, Philadelphie (Pa.), Lippincott-Raven, 1998, p. 383-399.
171. van der Kolk, B.A., et C.A. Courtois. « Editorial comments: Complex developmental trauma », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 18, n° 5 (2005), p. 385-388.
172. van der Kolk, B.A., et A.C. McFarlane. « The black hole of trauma », *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experiences on Mind, Body, and Society*, publié sous la direction de B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane et L. Weisaith, New York, The Guilford Press, 1996, p. 3-23.
173. van der Kolk, B.A., D. Pelcovitz, S. Roth, F.S. Mandel, M.D. McFarlane, et J.L. Herman. « Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma », *American Journal of Psychiatry*, vol. 153, n° 7 Suppl. (1996), p. 83-91.
174. van der Kolk, B.A., S. Roth, D. Pelcovitz, S. Sunday, et J. Spinazzola. « Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma », *Journal of Traumatic Stress*, vol. 18, n° 5 (2005), p. 389-399.

175. Waldram, J.B., D.A. Herring, et T. Kue Young. *Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural and Epidemiological Perspectives*, Toronto (Ont.), University of Toronto Press, 1995.
176. Walker, E.A., A.N. Gelfand, W.J. Katon, M.P. Koss, M. Von Kortoff, et coll. « Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect », *American Journal of Medicine*, vol. 107, n° 4 (1999), p. 332-339.
177. Walker, E.A., P.M. Milgrom, P. Weinsetin, T. Getz, et R. Richardon. « Assessing abuse and neglect and dental fear in women », *Journal of the American Dental Association*, vol. 127 (1996), p. 485-490.
178. Walker, E.A., E. Newman, et M.P. Koss. « Costs and health care utilization associated with traumatic experiences », *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress*, publié sous la direction de P.P. Schnurr et B.L. Green, Washington (DC), American Psychological Association, 2004.
179. Wathen, C.N., et H.L. MacMillan. « Prevention of violence against women: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 169, n° 6 (2003), p. 582-584.
180. Waymire, V. « A triggering time: Childbirth may recall sexual abuse memories », *AWHONN Lifelines*, vol. 1, n° 2 (1997), p. 47-50.
181. Webster, J. « Screening for domestic violence: The “evidence” dilemma », *Contemporary Nurse*, vol. 21, n° 2 (2006), p. 163-164.
182. Westerlund, E. *Women's Sexuality After Childhood Incest*, New York, W.W. Norton, 1992.
183. Whealin, J. *Child Sexual Abuse: A National Center for PTSD Fact Sheet*, 2003 (consulté le 27 janvier 2008). Sur Internet : <http://www.ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/fact_shts/fs_child_sexual_abuse.html>.
184. Widom, C.S., et S. Morris. « Accuracy of adult recollections of childhood victimization, Part 2: Childhood sexual abuse », *Psychological Assessment*, vol. 9, n° 1 (1997), p. 34-46.
185. Willumsen, T. « Dental fear in sexually abused women », *European Journal of Oral Science*, vol. 109 (2001), p. 291-296.

Ressources et ouvrages recommandés

Ouvrages sur la violence sexuelle à l'endroit d'enfants et sur les traumatismes connexes

- Dorais, M. *Don't Tell: The Sexual Abuse of Boys*, Montréal (Qué.), McGill-Queen's University Press, 2002.
- Everett, B., et R. Gallop. *The Link Between Childhood Trauma and Mental Illness: Effective Interventions for Mental Health Professionals*, Thousand Oaks (Ca.), Sage Publications, 2001.
- Herman, J. *Trauma and Recovery*, New York, Basic Books, 1992.
- Hulme, P.A. « Theoretical perspectives on the health problems of adults who experienced childhood sexual abuse », *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 25 (2004), p. 339-361.
- Lew, M. *Victims No Longer: The Classic Guide for Men Recovering From Sexual Child Abuse*, New York, Harper Collins Publishers, 2004.
- Rosenbloom, D., et M.B. Williams. *Life After Trauma: A Workbook for Healing*, New York, Guilford, 1999.

- Rothschild, B. *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*, New York, Norton, 2000.
- Saakvitne, K.W., S. Gamble, L.A. Pearlman, et B. Tabor Lev. *Risking Connection: A Training Curriculum for Working With Survivors of Childhood Abuse*, Lutherville (Md.), The Sidran Press, 2000.
- van der Kolk, B.A. « *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*, » publié sous la direction de B.A. van der Kolk, A. McFarlane et L. Weisaeth, New York, Guilford Press, 1996.
- van der Kolk, B.A. « The psychology and psychobiology of developmental trauma », *Human Behaviour: An Introduction for Medical Students*, publié sous la direction de A. Stoudemire, Philadelphie (Pa.), Lippincott-Raven, 1998, p. 383-399.
- van der Kolk, B.A. « The neurobiology of childhood trauma and abuse », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, vol. 12 (2003), p. 293-317.

Ouvrages sur la douleur

- Gatchel, R.J., Y.B. Peng, M.L. Peters, P.N. Fuchs, et D.C. Turk. « The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions », *Psychological Bulletin*, vol. 133 (2007), p. 581-624.
- Mailis-Gagnon, A., et D. Israelson. *Beyond Pain: Making the Mind-Body Connection*, Ann Arbor (Mi.), University of Michigan Press, 2003.
- Radomsky, N. *Lost Voices: Women, Chronic Pain and Abuse*, New York, Haworth Press, 1995.

Sites Web consacrés à la violence sexuelle à l'endroit d'enfants et aux traumatismes connexes

- Association canadienne des centres contre les agressions à caractère sexuel : <<http://www.casac.ca/french/home.htm>>. Cet organisme pancanadien réunit les centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle d'un océan à l'autre. En plus de proposer des liens pertinents, son site Web communique les coordonnées des centres d'aide de tout le pays.
- British Columbia Society for Male Survivors of Sexual Abuse – Vancouver (Colombie-Britannique) : <http://www.bc-malesurvivors.com/html/mission_purpose.htm>.
- Centre national d'information sur la violence dans la famille : <<http://www.phac-aspc.gc.ca/nc-cn>>. Cet organisme dispose de nombreuses ressources qui sont disponibles gratuitement. Téléphone : (613) 957-2938 ou 1-800-267-1291 (ligne sans frais) ; télécopieur : (613) 941-8930.
- Le Projet pour hommes – Ottawa et Cornwall (Ontario) : <<http://www.themensproject.ca/>>.
- Men's Resource Centre – Winnipeg (Manitoba) : <<http://www.elizabethhill.ca/mrc.html>>.
- Tamara's House : <<http://www.tamarashouse.sk.ca/>>. Ce centre de traitement à demeure pour femmes ayant survécu à une agression sexuelle pendant l'enfance est situé à Saskatoon (Saskatchewan).

Ouvrages sur la violence rituelle

- Clay, C. *More Than a Survivor: Memories of Satanic Ritual Abuse and the Paths Which Lead to Healing*, Saskatoon (Sask.), C. Clay, 1996.

Oksana, C. *Safe Passage to Healing: A Guide for Survivors of Ritual Abuse*, New York, Harper Perennial, 1994.

Smith, M. *Ritual Abuse: What It Is, Why It Happens, How to Help*, New York, Harper Collins, 1993.

Ouvrages sur la violence sexuelle dans le monde du sport

Brackenridge, C.H. « Fair play or fair game: Child sexual abuse in sport organisations », *International Review for the Sociology of Sport*, vol. 29, n° 3 (1994), p. 287-299.

Brackenridge, C.H. « “He owned me basically”: Women’s experience of sexual abuse in sport », *International Review for the Sociology of Sport*, vol. 32, n° 2 (1997), p. 115-130.

Brackenridge, C.H. « Harassment, sexual abuse, and safety of the female athlete », *Clinics in Sports Medicine*, vol. 19, n° 2 (2000), p. 187-198.

Brackenridge, C.H., et S. Kirby. « Playing safe? Assessing the risk of sexual abuse to young elite athletes », *International Review for the Sociology of Sport*, vol. 32, n° 4 (1997), p. 407-418.

Kirby, S., L. Greaves, et O. Hankivsky. *The Dome of Silence: Sexual Harassment and Abuse in Sport*, Halifax (N.-É.), Fernwood Publishing, 2000.

Kirby, S., et G. Wintrup. « Running the gauntlet in sport: An examination of initiation/hazing and sexual abuse », *Journal of Sexual Aggression, Special Issue on Sexual Harassment and Abuse in Sport*, vol. 8 (2002).

Ouvrages sur la perspective culturelle critique

Gustafson, D.L. « Transcultural nursing theory from a critical cultural perspective », *Advances in Nursing Science*, vol. 28, n° 1 (2005), p. 2-16.

Gustafson, D.L. « White on whiteness: Becoming radicalized about race », *Nursing Inquiry*, vol. 14, n° 2 (2007), p. 153-161.

Gustafson, D.L. « Beyond sensitivity and tolerance: Theoretical approaches to caring for newcomer women with mental health problems », *Working with Women and Girls in the Context of Migration and Settlement*, publié sous la direction de S. Guruge et E. Collins, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale. À paraître.

Racine, L. « Implementing a postcolonial feminist perspective in nursing research related to non-Western populations », *Nursing Inquiry*, vol. 10, n° 2 (2003), p. 91-102.

Reitmanova, S., et D.L. Gustafson. « “They can’t understand it”: Maternity health care needs of immigrant Muslim women in St. John’s, Canada », *Maternal and Child Health Journal*. À paraître.

Swendson, C., et C. Windsor. « Rethinking cultural sensitivity », *Nursing Inquiry*, vol. 3, n° 1 (1996), p. 3-10.

Ouvrages sur les Autochtones

Adams, H. *A Tortured People: The Politics of Colonization*, Penticton (C.-B.), Theytus Books, 1995.

Association médicale canadienne. *Bridging the Gap: Promoting Health and Healing for Aboriginal Peoples in Canada*, Ottawa (Ont.), Association médicale canadienne, 1994.



- Brizinksi, P. *Knots in a String: An Introduction to Native Studies in Canada*, 2^e éd., Saskatoon (Sask.), University Extension Press, 1993.
- Browne, A. « The meaning of respect: A First Nations perspective », *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, vol. 27, n° 4 (1995), p. 95-109.
- Commission royale sur les peuples autochtones. *À l'aube d'un rapprochement : points saillants du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, Ottawa (Ont.), ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1996 (consulté le 30 janvier 2008 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/rpt/index_e.html> en anglais et <http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/rpt/index_f.html> en français.
- First Nations Urban Health Bibliography: A Review of the Literature and Exploration of Strategies*, publié sous la direction de L. McClure, M. Boulanger, J. Kaufert, et S. Forsythe, Winnipeg (Man.), Université du Manitoba – Unité de recherche sur la santé dans le Nord, 1992, n° 5.
- Lux, M. *Medicine That Walks: Disease, Medicine and Canadian Plains Native People, 1880-1940*, Toronto (Ont.), University of Toronto Press, 2001.
- Smylie, J. *Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones – Sommaire*, Déclaration de principe de la SOGC n° 100, décembre 2000 (consulté le 6 juin 2007 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps100%5Fsum.pdf>> en anglais et <<http://www.sogc.org/guidelines/public/100F-PS1-Decembre2000.pdf>> en français.
- Smylie, J. *Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones – Contexte socioculturel des peuples autochtones du Canada*, Déclaration de principe de la SOGC n° 100, décembre 2000 (consulté le 7 juin 2006 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps100.pdf>> en anglais et <<http://www.sogc.org/guidelines/public/100F-PS2-Decembre2000.pdf>> en français.
- Smylie, J. *Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones – Problèmes de santé touchant les peuples autochtones*, Déclaration de principe de la SOGC n° 100, janvier 2001 (consulté le 7 juin 2006 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps100%5F2.pdf>> et <<http://www.sogc.org/guidelines/public/100F-PS3-Janvier2001.pdf>> en français.
- Smylie, J. *Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones – Compréhension interculturelle*, Déclaration de principe de la SOGC n° 100, février 2001 (consulté le 7 juin 2006 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps100%5F3.pdf>> en anglais et <<http://www.sogc.org/guidelines/public/100F-PS4-Fevrier2001.pdf>> en français.
- Smylie, J. *Guide à l'intention des professionnels de la santé travaillant chez les peuples autochtones – Ressources autochtones en matière de santé*, Déclaration de principe de la SOGC n° 100, mars 2001 (consulté le 7 juin 2006 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.sogc.org/guidelines/pdf/ps100%5F4.pdf>> en anglais et <<http://www.sogc.org/guidelines/public/100F-PS5-Mars2001.pdf>> en français.
- Statistique Canada. *Langue, tradition, santé, habitudes de vie et préoccupations sociales : Enquête auprès des peuples autochtones de 1991*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 1993, n° 89-533.
- Stiegelbauer, S.M. « What is an elder? What do elders do? First Nation elders as teachers in culture-based urban organizations », *Canadian Journal of Native Studies*, vol. XVI, n° 1 (1996), p. 37-66.

- Waldram, J. B., D.A. Herring, et T. Kue Young. *Aboriginal Health in Canada: Historical, Cultural and Epidemiological Perspectives*, Toronto (Ont.), University of Toronto Press, 1995.
- Young, D., G. Ingram, et L. Swartz. *Cry of the Eagle: Encounters With a Cree Healer*, Toronto (Ont.), University of Toronto Press, 1989.
- Young, D.E., et L.L. Smith. *The Involvement of Canadian Native Communities in Their Health Care Programs: A Review of Literature Since the 1970s*, Edmonton (Alb.), The University of Alberta – Institut circumpolaire canadien, 1992. Northern Reference Series, n° 2.
- Young, T.K. *Health Care and Cultural Change: The Indian Experience in the Central Subarctic*, Toronto (Ont.), University of Toronto Press, 1988.

Sites Web consacrés aux Autochtones

Assemblée des Premières Nations : <<http://www.afn.ca/>>.

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada : <<http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/index-fra.php>>.

Fondation autochtone de guérison : <<http://www.fadg.ca/>>.

Ralliement national des Métis : <<http://www.metisnation.ca/>>.

Ouvrages sur l'usage d'un langage clair et simple

Plain language.gov – Lignes directrices et guides relatifs à l'usage d'un langage clair et simple (États-Unis) : <<http://www.plainlanguage.gov/howto/guidelines/index.cfm>>.

Ressources humaines et Développement social Canada : <<http://www.rhdsc.gc.ca/fr/pip/daa/sna/Ressources/clairliens.shtml>>.

Sites Web consacrés à l'usage d'un langage clair et simple

Formation sur l'usage d'un langage clair et simple, dispensée par les National Institutes of Health (États-Unis) : <<http://plainlanguage.nih.gov/CBTs/PlainLanguage/login.asp>>.

The Plain Language Association International : <<http://www.plainlanguagenetwork.org/>>.

Grossesse, travail et post-partum

Hobbins, D. « Survivors of childhood sexual abuse: Implications for perinatal nursing care », *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, vol. 33, n° 4 (2004), p. 485-497.

Jacobs, J.L. « Child sexual abuse victimization and later sequelæ during pregnancy and childbirth », *Journal of Child Sexual Abuse*, vol. 1, n° 1 (1992), p. 103-112.

Kendall-Tackett, K. « Literature review. Breastfeeding and the sexual abuse survivor », *Journal of Human Lactation*, vol. 14, n° 2 (1998), p. 125-133.

- Rhodes, N., et S. Hutchinson. « Labor experiences of childhood sexual abuse survivors », *Birth*, vol. 21, n° 4 (1994), p. 213-220.
- Rose, A. « Effects of childhood sexual abuse on childbirth: One woman's story », *Birth*, vol. 19, n° 4 (1992), p. 214-218.
- Seng, J.S., K.J.H. Sparbel, L.K. Low, et C. Killion. « Abuse-related posttraumatic stress and desired maternity care practices: Women's perspectives », *Journal of Midwifery & Women's Health*, vol. 47, n° 5 (2002), p. 360-370.
- Simkin, P., et P. Klaus. *When Survivors Give Birth: Understanding and Healing the Effects of Early Sexual Abuse on the Childbearing Woman*, Seattle (Wa.), Woman Classic Day Publishing, 2004.
- Waymire, V. « A triggering time: Childbirth may recall sexual abuse memories », *AWHONN Lifelines*, vol. 1, n° 2 (1997), p. 47-50.

Ouvrages sur la relation thérapeutique, les limites et la gestion des situations difficiles

- Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. *Norme sur la relation thérapeutique entre l'infirmière et le client*, 2000 (consulté le 7 novembre 2007 en anglais et le 24 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.nanb.nb.ca/>> en anglais et <<http://www.aiinb.nb.ca/>> en français.
- College of Physical Therapists of Alberta. *Managing Challenging Situations: A Resource Guide for Physical Therapists*, 2007 (consulté le 7 novembre 2007). Sur Internet : <<http://www.cpta.ab.ca/>>.
- College of Registered Nurses of Nova Scotia. *Professional Boundaries and Expectations for Nurse-Client Relationships*, 2002 (consulté le 7 novembre 2007). Sur Internet : <<http://www.crnns.ca/>>.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2006). *Norme d'exercice : la relation thérapeutique, édition 2006*, 2006 (consulté le 7 novembre 2007 en anglais et le 13 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.cno.org/>>.
- Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario. *Guide sur la norme d'exercice professionnel : Établir et maintenir des relations thérapeutiques*, 2005 (consulté le 7 novembre 2007 en anglais et le 24 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.collegept.org/>>.
- Ordre des physiothérapeutes de l'Ontario. *Guide sur la norme d'exercice professionnel : Gestion de situations interpersonnelles difficiles lors de la prestation de soins aux patients*, 2007 (consulté le 7 novembre 2007 en anglais et le 24 juin 2008 en français). Sur Internet : <<http://www.collegept.org/>>.

Outils de dépistage

- Roy, C.A., et J.C. Perry. « Instruments for the assessment of childhood trauma in adults », *Journal of Nervous & Mental Disorder*, vol. 192, n° 5 (2004), p. 343-351.
- Thombs, B.D., D.P. Bernstein, R.C. Ziegelstein, C.D. Scher, D.R. Forde, E.A. Walker, et coll. « An evaluation of screening questions for childhood abuse in 2 community samples: Implications for clinical practice », *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, n° 18 (2006), p. 2020-2026.
- Thombs, B.D., D.P. Bernstein, R.C. Ziegelstein, W. Bennett, et E.A. Walker. « A brief two-item screener for detecting a history of physical or sexual abuse in childhood », *General Hospital Psychiatry*, vol. 29 (2007), p. 8-13.

Index

- Accompagnateurs ou accompagnatrices, 35
- Actes autodestructeurs, 19
- Agitation, 70
- Annulation de rendez-vous, 63
- Apport des cliniciens et cliniciennes à la guérison des personnes ayant survécu à une agression sexuelle, 88
- Autochtones, comment collaborer avec les, 101
- Bons rapports, 24
- Colère, 70
- Collaboration avec des personnes issues de divers groupes culturels, 36
- Stratégie pour réagir aux échanges difficiles avec les patients ou patientes, 63
- Comportements et sentiments précis qui se manifestent lors de rencontres de santé
 - Actes autodestructeurs, 19
 - Ambivalence à l'égard du corps, 19
 - Conditionnement poussant à la passivité, 19
 - Dissociation, 18
 - Douleur physique, 18
 - Éléments déclencheurs, 17
 - Malaise à l'égard de personnes du même sexe que l'agresseur ou l'agresseuse, 17
 - Méfiance à l'endroit des symboles d'autorité, 17
 - Peur et anxiété, 17
- Consentement éclairé, 48, 100
- Contre-transfert, 15
- Contrôle, 26
- Critères diagnostiques des troubles de stress, 96
- Croyances sociales à propos du cycle de la violence, 15
- Demandes de renseignements spécifiques à la tâche, 42
- Dissociation, 18, 64, 106
- Divulgateur, 71
 - Comment réagir efficacement, 78
 - Mesures supplémentaires qui s'imposent, 81
 - Défi pour les personnes ayant survécu à une agression sexuelle, 71
- Demandes de renseignements sur les sévices passés, 74, 107
 - Demandes écrites, 78
 - Demandes verbales, 77
- Documentation des antécédents de mauvais traitements, 86
- Dossiers de santé, 85
- Éléments d'une réaction efficace, 84
- Obligations juridiques, 84
- Possibles indicateurs de sévices passés, 73
- Réactions à éviter, 84
- Dossiers de santé, 85
 - Documentation des antécédents de mauvais traitements, 86
- Douleur physique, 18, 60
- Éléments déclencheurs, 17, 65
- Entretien personnel des praticiens et praticiennes, 38
 - Praticiens et praticiennes ayant survécu à une agression sexuelle, 39
- Examens
 - Fin, 59
 - Pelvis, sein, organes génitaux et rectum, 51
 - Suggestions générales, 45
- Exemple de présentation d'un établissement, 99
- Flashbacks *Voir* Éléments déclencheurs
- Fondements empiriques du manuel de pratique, 90
- Grossesse, travail, accouchement et post-partum, 53
- Lignes directrices pour la pratique sensible
 - Aperçu, 129
- Limites, 27
- Limites du manuel, 5
- Milieu physique
 - Attente et salles d'attente, 32
 - Autres questions, 33
 - Protection de la vie privée, 33
- Parapluie protecteur, 23

Partage de l'information, 25, 34

Pensionnats, legs des, 102

Personnel administratif et assistants ou assistantes, 32

Personnes exerçant la fonction de chaperon, 35

Position du corps, 53

Pratique sensible et soins axés sur les patients et patientes, 88

Présentations et négociation des rôles, 41

Prestation concertée de services, 37

Principes pour la pratique sensible

- Aperçu, 128
- Comprendre la guérison non linéaire, 29
- Démontrer une connaissance et une conscience de la violence interpersonnelle, 29
- Établir de bons rapports, 24
- Éviter de réitérer les traumatismes, 30
- Faire preuve de respect, 23
- Favoriser un apprentissage mutuel, 28
- Partager l'information, 25
- Partager le contrôle, 26
- Prendre le temps, 24
- Promouvoir un sentiment de sécurité, 22
- Respecter les limites, 27

Proximité du praticien ou de la praticienne, 53

Questions d'ordre juridique et questions relatives à la tenue de dossiers, 85

Questions pour stimuler la réflexion, 31, 59, 87

Questions relatives à la sexualité et à l'orientation sexuelle, 20

Réactions à éviter à la suite d'une divulgation, 85

Réitération des traumatismes, 30

Respect ou non-respect des traitements, 62

Ressources communautaires, 39

S.A.V.E. the situation, 64

Santé bucco-dentaire et soins du visage, 55

Sécurité, 22

Séparation du corps, 61

Socialisation des sexes – femmes, 12

Socialisation des sexes – hommes, 13

Soins dispensés dans le système correctionnel, 58

Syndrome de stress post-traumatique, 96

Temps, 24, 47

Terminologie, 4

Tiers agissant comme observateurs ou observatrices, 35

Tolérance variable aux traitements, 29

Toucher, 50

Transfert, 16

Trouble de stress aigu, 96

Trouble dissociatif de l'identité, 106

Troubles de stress extrême non spécifiés ailleurs, 98

Vêtements, 41

Violence sexuelle à l'endroit d'enfants

- Auteurs ou auteures, 8
- Définition, 7
- Dynamique de la, 9
- Dynamique traumagénique, 94
- Effets sur la santé, 9
- Personnes ayant survécu à la, 7
- Prévalence, 92

Coup d'œil sur la pratique sensible

La pratique sensible a pour but de favoriser le développement d'un sentiment de sécurité chez les patients et patientes. Tels qu'exposés aux tableaux 7 et 8, les principes et les lignes directrices qu'énonce le *Manuel de pratique* s'inspirent d'études réalisées auprès de Canadiens et de Canadiennes ayant des antécédents de violence sexuelle pendant l'enfance. Ces principes et lignes directrices dictent une attitude fondamentale à l'égard des soins qui devrait prévaloir pour tout patient ou

toute patiente. En faisant des principes pour la pratique sensible une norme, les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé attestent du respect qu'ils portent à leurs clients et clientes tout en soutenant l'autonomie de ces derniers et leur droit de participer à la prestation des soins. En outre, ils atténuent le risque de réitérer les traumatismes subis par les personnes ayant survécu à une agression sexuelle qui se retrouvent — à leur insu ou non — parmi leur clientèle.

TABLEAU 7.

Aperçu des principes pour la pratique sensible

Faire preuve de respect	Reconnaître la valeur particulière des clients et clientes en tant que personnes dotées de croyances, de valeurs, de besoins et d'antécédents qui leur sont propres, c'est imposer le respect de leurs droits humains fondamentaux, défendre ces droits et surseoir aux jugements à l'endroit de ces personnes.
Prendre le temps	Prendre le temps qu'il faut avec les patients et patientes leur évite un sentiment de dépersonnalisation ou d'objectivation.
Établir de bons rapports	Définir et cultiver un style personnel qui marie professionnalisme et compassion sincère, c'est favoriser l'instauration d'un climat de confiance et le développement d'un sentiment de sécurité.
Partager l'information	Renseigner sans cesse les patients et patientes pour qu'ils sachent à quoi s'attendre et les inviter à poser des questions, à donner de l'information et à fournir une rétroaction sont autant de mesures qui contribuent à atténuer l'anxiété des intéressés et qui favorisent une participation active de ces derniers à leurs propres soins de santé.
Partager le contrôle	Demander le consentement et proposer des choix, c'est donner l'occasion aux patients et aux patientes de participer activement et à part entière à leurs propres soins de santé tout en permettant au clinicien ou à la clinicienne de <i>collaborer</i> avec eux, par opposition à <i>travailler</i> auprès d'eux.
Respecter les limites	Porter une attention constante aux limites et aborder les ennuis qui surviennent permet de souligner le droit à l'autonomie personnelle des patients et patientes.
Favoriser un apprentissage mutuel	Favoriser la mise en place d'un environnement propice à des échanges réciproques incite les personnes ayant survécu à une agression sexuelle à se renseigner sur leur santé et à apprendre à participer activement à leurs propres soins, tout en aidant les cliniciens et cliniciennes à découvrir les meilleures méthodes pour collaborer avec les personnes ayant subi des violences interpersonnelles.

Comprendre la guérison non linéaire	Vérifier l'état des patients et patientes à chaque rencontre et au fil du temps (et consentir à adapter les comportements en conséquence) permet aux aidants et aidantes de satisfaire aux besoins de personnes qui ne possèdent pas en tout temps la même capacité de tolérer des examens et des formalités de santé.
Démontrer une connaissance et une conscience de la violence interpersonnelle	Témoigner un éveil à l'égard des questions de violence interpersonnelle permet aux professionnels et professionnelles de se montrer dignes de confiance tout en favorisant l'instauration d'un climat qui incite les patients et patientes à accepter de collaborer avec les pourvoyeurs et pourvoyeuses de soins de santé.

TABLEAU 8.

Aperçu des lignes directrices pour la pratique sensible

Cadre dans lequel se déroulent les rencontres	
Personnel admini-stratif et assistants ou assistantes	<ul style="list-style-type: none"> • Former tout le personnel aux méthodes de pratique sensible • Collaborer avec le personnel et les assistants et assistantes en vue d'élaborer des « réponses usuelles » qui tiennent compte des personnes ayant survécu à une agression sexuelle
Salles d'attente	<ul style="list-style-type: none"> • Informer les patients et patientes des délais d'attente <i>ou</i> les prier de vérifier de temps à autre • Fournir des documents qui traitent des traumatismes interpersonnels • Donner accès à des toilettes et indiquer clairement où elles se trouvent
Protection de la vie privée	<ul style="list-style-type: none"> • Cogner et attendre une réponse avant d'entrer • Prévoir au moins une salle insonorisée servant aux examens ou aux entrevues • Résoudre les problèmes avec le concours des patients et patientes afin de satisfaire à leurs besoins de sécurité et de protection de la vie privée
Préparatifs visant les patients et patientes	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des renseignements préliminaires en langage clair et simple, verbalement et par écrit • Négocier avec les patients et patientes afin de cerner leurs besoins et de trouver des solutions utiles • Favoriser la présence d'accompagnateurs et d'accompagnatrices ou de personnes exerçant la fonction de « chaperon » ainsi que convenir des fonctions exercées par chaque partie
Rencontres avec les patients ou patientes	
Présentations	<ul style="list-style-type: none"> • Discuter et négocier à propos des rôles joués par le patient ou la patiente et le clinicien ou la clinicienne, et ce, avant tout examen ou traitement • Prévoir assez de temps pour permettre à la personne de bien comprendre les gestes du clinicien ou de la clinicienne • Ne pas supposer que le patient ou la patiente sait de quoi il en retourne lors d'un examen, d'un traitement ou d'une formalité • Demander sans cesse le consentement du patient ou de la patiente, et ce, tout au long de la rencontre

Vêtements	<ul style="list-style-type: none"> ● S'assurer de rencontrer le patient ou la patiente avant et après l'examen, à un moment où la personne porte tous ses vêtements ● Justifier le besoin de se dévêtir ● Discuter des exigences de déshabillage avec le patient ou la patiente et collaborer avec la personne pour trouver une solution acceptable ● Minimiser le nombre de vêtements à retirer et la période pendant laquelle la personne se met à nu ● Fournir tout un assortiment de jaquettes de différentes tailles, pouvant convenir aux personnes de toute corpulence ● Sortir de la salle pendant que le patient ou la patiente se change
Demandes de renseignements spécifiques à la tâche	<ul style="list-style-type: none"> ● Interroger le patient ou la patiente à propos de ses expériences passées, de ses préférences et des réserves que lui inspire l'examen ou la formalité ● Demander à la personne s'il y a moyen de la mettre à l'aise ● Demander au patient ou à la patiente d'indiquer s'il y a d'autres éléments dont le clinicien ou la clinicienne devrait prendre connaissance ● Répéter les demandes de temps à autre au fil de la rencontre ou si le langage corporel de la personne trahit un malaise
Approche générale	<ul style="list-style-type: none"> ● Recourir aux demandes de renseignements spécifiques à la tâche pour cerner les difficultés, et tâcher de résoudre conjointement les problèmes pour mettre la personne à l'aise ● Surveiller le langage corporel et réagir à tout signe de détresse ● Expliquer pourquoi certaines positions doivent être prises par le patient ou la patiente et le clinicien ou la clinicienne
Toucher	<ul style="list-style-type: none"> ● Décrire les éléments en cause avant et pendant l'examen ou le traitement ● Demander le consentement avant de commencer et au moment de faire porter l'attention sur une partie différente du corps ● Inciter la personne à demander, en tout temps, de faire une pause ou encore de ralentir ou d'interrompre l'examen si elle doit dissiper un malaise ou calmer un sentiment d'anxiété ● Expliquer le bien-fondé de l'examen de parties du corps autres que celles où se manifestent des symptômes, en cas de problème énoncé justifiant une telle démarche
Examens et formalités visant les organes génitaux ou le rectum	<ul style="list-style-type: none"> ● Reconnaître le malaise ● Commenter au fur et à mesure les gestes qui sont posés ● Minimiser la période pendant laquelle la personne est maintenue dans une position où elle peut se sentir dominée ● Recouvrir les parties de corps ne faisant pas l'objet d'un examen
Santé bucco-dentaire et soins du visage	<ul style="list-style-type: none"> ● Convenir de signaux à faire de la main afin que le patient ou la patiente puisse donner une rétroaction immédiate lorsque la communication verbale s'avère impossible ● Échanger avec le patient ou la patiente en vue de contrer les réserves liées à l'odeur des gants ou des digues dentaires, aux sensations que laissent ces objets, à la position du corps ou à d'autres difficultés spécifiques à la tâche ● Veiller à formuler des commentaires qui soient aussi peu catégoriques que possible à propos de la santé ou des comportements bucco-dentaires du patient ou de la patiente ● Minimiser la durée de la rencontre et songer à répartir les interventions de plus longue durée sur deux rendez-vous ou plus

Défis affrontés lors de rencontres	
Douleur et séparation du corps	<ul style="list-style-type: none"> ● Évaluer systématiquement la douleur sans se montrer trop catégorique ● Collaborer avec le client ou la cliente à la définition d'objectifs réalistes et identifier des recommandations appropriées ● Inciter fréquemment la personne à se concentrer sur son corps ● Donner des instructions claires, verbalement et par écrit, telles que la personne puisse les comprendre ● Proposer un éventail de stratégies visant à stimuler la conscience de soi
Non-respect des traitements	<ul style="list-style-type: none"> ● Explorer toutes les catégories d'obstacles avec le patient ou la patiente et s'attaquer aux problèmes en formulant des solutions réalisables ● Adapter les traitements pour qu'ils conviennent au patient ou à la patiente ● Prévoir, si possible, des rendez-vous « le jour même » à l'intention de personnes qui annulent souvent leur rendez-vous
Modèle « S.A.V.E. the situation	<ul style="list-style-type: none"> ● Interrompre toute activité et porter toute l'attention sur la situation actuelle ● Prendre connaissance de la situation de la personne et la cerner ● Valider l'expérience que vit la personne ● Explorer quelles seraient les prochaines étapes, de concert avec le patient ou la patiente
Éléments déclencheurs et dissociation	<ul style="list-style-type: none"> ● Passer en revue la liste d'éléments déclencheurs communs et réfléchir à ceux qui pourraient être évités ou dont on pourrait tenir compte ● Apprendre à reconnaître les signes d'une « réaction de combat ou de fuite » ● Collaborer avec la personne frappée par un élément déclencheur de façon à rétablir sa conscience de l'ici-maintenant et à la réorienter ● Normaliser l'expérience ● Assurer un suivi adéquat
Colère et agitation	<ul style="list-style-type: none"> ● Porter attention à la sécurité personnelle ● Recourir à un langage corporel non menaçant ● Négocier avec le patient ou la patiente et certifier quels sont les intérêts et les préoccupations du clinicien ou de la clinicienne
Divulgence	
Comment réagir efficacement	<p><i>Si le patient ou la patiente divulgue des sévices passés :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Accepter l'information ● Témoigner de l'empathie et de la compassion ● Préciser la question du secret professionnel ● Normaliser l'expérience en reconnaissant la prévalence de la violence ● Valider la divulgation et rassurer la personne pour faire échec aux sentiments de vulnérabilité ● Aborder les contraintes de temps Collaborer avec la personne à l'élaboration d'un programme immédiat d'entretien personnel ● Reconnaître qu'il n'est pas toujours nécessaire d'agir ● Demander s'il s'agit d'une première divulgation <p><i>Au moment de la divulgation ou lors d'un échange subséquent :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Discuter des répercussions des antécédents de violence sur les soins à venir et sur les échanges avec le clinicien ou la clinicienne ● S'enquérir des services de soutien social axés sur les questions de violence

