

**Université du Québec en Outaouais**

**Le processus de rétablissement traumatique chez les femmes survivantes  
d'agression sexuelle dans l'enfance : une analyse phénoménologique.**

Essai doctoral  
Présenté au  
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,  
Profil psychologie clinique (D.Psy.)

Par  
© Natalie CHARRON

Avril 2022

## **Composition du jury**

**Le processus de rétablissement traumatique chez les femmes survivantes d'agression sexuelle dans l'enfance : une analyse phénoménologique.**

Par  
Natalie Charron

Cet essai doctoral sera évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Karine Baril, Ph. D., co-directrice de recherche et président du jury, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Amélie Couvrette, Ph. D., co-directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Aude Villatte, Ph. D., examinatrice interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Annie Bérubé, Ph. D., examinatrice interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais.

Diane St-Laurent, Ph. D., examinatrice externe, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.

## **DÉDICACE**

À Rémi, Dainin, et tous les enfants de ce monde, que votre dignité soit toujours protégée.

## **REMERCIEMENTS**

La réalisation de ce travail d'essai doctoral fut possible grâce aux communautés personnelles et professionnelles au sein desquelles j'évolue. Je voudrais remercier ma famille qui m'a soutenue psychologiquement à travers ce long processus et qui m'a permis de persévérer malgré les défis rencontrés. J'aimerais aussi remercier mes directrices de recherche, qui ont permis de pousser ce travail plus loin tout en m'encourageant à approfondir mes réflexions et de les rendre accessibles à l'auditoire de ce manuscrit. De plus, je voudrais remercier l'Université du Québec en Outaouais et tous les professeur(e)s au doctorat en psychologie clinique. Ce travail est parsemé de leurs diverses influences sur ma pensée en tant que chercheure et clinicienne. Finalement, j'aimerais remercier les femmes qui ont participé à cette étude. Les retombées cliniques et empiriques de ce travail n'auraient pas été possibles sans leur courage et sincérité.

## RÉSUMÉ

L'agression sexuelle dans l'enfance (ASE) est un phénomène répandu affectant majoritairement les femmes, avec une prévalence pouvant atteindre plus d'une femme sur cinq. De plus, elle est susceptible d'engendrer, en enfance et à l'âge adulte, des séquelles importantes sur les plans psychologique et social. Malgré la grande proportion de femmes ayant subi l'ASE, les données probantes au sujet de l'ASE se penchent principalement vers les questions de prévalence, des facteurs de risque et des séquelles. Bien que ce soient des sujets importants, ceci limite notre compréhension du processus de rétablissement traumatique. À la lumière de ceci, une revue de la littérature explore les connaissances concernant l'ASE et le processus de rétablissement traumatique à l'aide des notions de *liaison traumatique* et du *traumatisme complexe*, ainsi qu'à travers les théories de *coping*, de *résilience*, de *croissance posttraumatique*, et de *guérison*. L'utilisation d'une analyse phénoménologique interprétative a permis d'étudier l'expérience de rétablissement traumatique de 25 femmes survivantes d'ASE. L'objectif principal était d'explorer comment elles décrivent les changements impliqués dans ce processus de rétablissement et la manière dont, selon elles, s'opèrent les changements en question au sein de ce processus. Trois grands thèmes se dégagent de cette analyse. Premièrement, le processus de rétablissement chez ces femmes se caractérise par une évolution dans leur compréhension des problèmes du passé et du présent. À savoir, à travers des prises de conscience sur la signification de la violence interpersonnelle qu'elles ont vécue et de ses causes, émerge une meilleure compréhension des séquelles de cette violence, ainsi qu'une meilleure compréhension de soi. Deuxièmement, il y a présence d'un mouvement vers l'amélioration de l'expérience à soi, à travers une nouvelle acceptation, affirmation et valorisation de soi. Un troisième thème concerne le contexte interpersonnel dans lequel ce cheminement personnel (retrouvé dans le deuxième thème) émerge dans l'histoire de ces femmes. Parfois une amélioration de l'expérience à soi est un moteur de changements relationnels et d'autres fois, c'est un cheminement interpersonnel qui incite des changements personnels. Plusieurs constats émergent des résultats de cette étude. Tout d'abord, le processus de rétablissement traumatique de ces femmes est unique, non linéaire et laborieux. Par la suite, une compréhension grandissante des problèmes de violence vécus sert de tremplin vers leur compréhension et leur valorisation de soi. De plus, la déculpabilisation de soi face aux violences vécues est un moment décisif dans leur processus de rétablissement. Ensuite, leur rétablissement se déroule dans un contexte de négociation relationnelle. Les retombées empiriques et implications cliniques au sujet du rétablissement traumatique des survivantes d'ASE sont discutées.

**Mots clés :** *femmes, agression sexuelle dans l'enfance, trauma, trauma complexe, rétablissement traumatique.*

## TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
CHAPITRE I.....	1
INTRODUCTION.....	1
1. Revue de la littérature sur le rétablissement traumatique des survivant(e)s d'ASE.....	5
1.1. Facteurs associés aux séquelles à la suite d'ASE et conceptualisation de ses séquelles à l'aide de la théorie du traumatisme complexe .....	5
1.1.1. Le traumatisme complexe : un cadre théorique pour conceptualiser la nature des impacts de l'ASE sur ses survivant(e)s.....	11
1.2. L'état des connaissances sur le rétablissement traumatique des survivant(e)s d'ASE.....	14
1.2.1. Les traitements thérapeutiques comme moyen de rétablissement traumatique.....	16
1.2.2. Les connaissances sur la nature du processus de rétablissement traumatique chez les survivant(e)s d'ASE.....	20
1.3. Limites de la littérature et objectifs de l'étude actuelle.....	30
CHAPITRE II.....	32
MÉTHODOLOGIE.....	32
2.1. Participantes.....	32
2.2. Procédures.....	34
2.2.1. Stratégies de recrutement.....	34
2.2.2. Guide d'entretien.....	35
2.3. Stratégie d'analyse.....	36
CHAPITRE III.....	41
RÉSULTATS.....	41
3.1. Une prise de conscience graduelle des problèmes de violence vécus en enfance et de leurs implications.....	42
3.1.1. Une compréhension en émergence des problèmes de violence survenus dans leur enfance.....	42
3.1.2. Émergence d'une compréhension des séquelles actuelles de la violence subie en enfance.....	49
3.1.3. Une meilleure compréhension de soi en émergence.....	51
3.2. Vers l'amélioration de l'expérience à soi.....	53
3.3. Un cheminement personnel à travers les relations.....	57
3.3.1. Un cheminement personnel à travers un conjoint soutenant.....	58

3.3.2. Un cheminement personnel à travers des modèles relationnels.....	60
3.3.3. Un cheminement personnel et social à travers des prises de distances/ruptures relationnelles.....	61
3.1.4. Le rôle salvateur de la maternité dans leur cheminement personnel et dans leur relation avec leur enfant.....	54
CHAPITRE IV.....	68
DISCUSSION.....	68
4.1. Un processus de rétablissement traumatique unique, non linéaire et laborieux.....	68
4.2. Une compréhension du problème de violence : un tremplin vers la compréhension et la valorisation de soi.....	71
4.3. La déculpabilisation de soi des victimes : un point tournant complexe dans le processus de rétablissement traumatique.....	77
4.4. Le rétablissement se déroule dans un contexte de négociation relationnelle.....	79
4.5. Le rôle de la maternité dans le processus de rétablissement traumatique : une question d'importance pour les recherches futures.....	81
4.6. Contributions, limites de l'étude actuelle et futures recherches.....	84
4.6.1. Retombées cliniques.....	85
4.6.2. Contributions empiriques.....	86
4.6.3. Limites et recherches futures.....	86
Conclusion générale.....	88
RÉFÉRENCES.....	90
ANNEXE A - Certificat d'éthique et de recherche, étude de Natalie Charron, Karine Baril et Amélie Couvrette.....	107
ANNEXE B - Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency (MTRR) modifié....	109

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Effets négatifs perçus des ASE et leurs conséquences.....	8
Tableau 2. Tableau clinique du traumatisme complexe selon Herman (1992).....	12
Tableau 3. Liste des participantes de l'étude.....	33

## CHAPITRE I

### INTRODUCTION

À l'heure actuelle, l'agression sexuelle durant l'enfance (ASE) est reconnue comme un problème social complexe, répandu, de même qu'ayant d'importantes conséquences pour ses survivant(e)s, leur famille et leur communauté. De plus, les femmes sont celles qui en sont le plus souvent victimes (Baril et Laforest, 2018; Stoltenborgh *et al.*, 2011). Une série d'enquêtes québécoises sur le taux de mauvais traitements vécus chez les adultes au cours de leur enfance a révélé une prévalence d'ASE de 18 à 21 % pour les femmes et de 9,5 % pour les hommes (Baril et Laforest, 2018), ce qui est comparable aux taux retrouvés en Amérique du Nord (Stoltenborgh *et al.*, 2011). Qui plus est, dans le rapport québécois sur la violence et la santé, Baril et Laforest (2018) soulignent que le fait d'être de sexe féminin et d'avoir une mère ayant elle-même subi l'ASE, font partie des facteurs de risques les plus importants parmi la panoplie d'enjeux individuels, relationnels, familiaux et communautaires associés aux risques de subir une agression sexuelle avant l'âge de 18 ans.

La gravité des répercussions de l'ASE prend tout son sens lorsqu'on considère qu'une agression sexuelle est à la base une prise de pouvoir par l'agresseur sur sa victime, impliquant une atteinte aux droits fondamentaux de la personne, dont son droit à la sécurité ainsi qu'à l'intégrité physique et psychologique (Gouvernement du Québec, 2001). Le ministère de la Santé et Services Sociaux du Québec définit l'agression sexuelle comme tout geste à caractère sexuel contraignant une victime aux désirs de l'agresseur à travers un abus de pouvoir, impliquant un contact physique ou non, et effectué en l'absence du consentement de la personne visée, ou en l'absence d'un

consentement valide (p.ex. dans le cas d'une personne mineure) (Gouvernement du Québec, 2001). De plus, l'agression sexuelle avant l'âge de 18 ans est un phénomène particulièrement complexe, dans ce sens qu'elle peut avoir été subie à tout moment dans l'enfance et l'adolescence, être commise par un membre de la famille, de l'entourage ou par une personne inconnue, en plus de varier dans sa nature, sa sévérité, ainsi que sa fréquence (Baril et Laforest, 2018).

Les séquelles associées à l'ASE sont aussi complexes que le phénomène lui-même et peuvent se manifester à compter de l'enfance jusqu'à l'âge adulte (Cutajar, *et al.*, 2010; Hillberg *et al.*, 2011). Sur le plan physique, les enfants et les adolescent(e)s survivant(e)s ont tendance à présenter des problèmes somatiques (p.ex. problèmes gastro-intestinaux, énurésie, etc.), en plus de retards développementaux (Baril et Laforest, 2018). Sur le plan sexuel, on note une présence de re-victimisation, de comportements sexuels problématiques (p.ex. masturbation excessive et intrusions sexuelles envers les autres enfants), tout comme des comportements sexuels à risque durant l'adolescence (Baril et Laforest, 2018). Plusieurs de ces séquelles peuvent persister, notamment à l'âge adulte, où l'on documente aussi une présence de comportements sexuels à risque, ainsi que diverses problématiques de santé physique (p.ex. douleurs et maladies chroniques, problèmes gynécologiques, maladies transmises sexuellement), menant à une plus grande fréquence de consultation médicale et d'invalidité professionnelle (Cutajar, *et al.*, 2010; Hillberg *et al.*, 2011).

En ce qui concerne les conséquences de l'ASE sur la santé mentale, des problématiques semblables s'observent tout au long de la vie des survivant(e)s. Parmi les plus documentées, on retrouve divers troubles psychologiques, tels que des troubles anxieux et dépressifs, le trouble de stress post-traumatique avec ou sans symptôme dissociatif, des troubles alimentaires, des

problèmes d'abus de substances (pour les adolescent(e)s et les adultes), ainsi que des comportements agressifs, autodestructeurs, d'automutilation et suicidaires (Cutajar, *et al.*, 2010; Hillberg *et al.*, 2011). Cependant, certains enjeux de santé mentale, par exemple, les troubles de la personnalité et les troubles psychotiques, se manifestent plutôt à l'âge adulte (Baril et Laforest, 2018).

Par ailleurs, l'état des connaissances concernant l'ASE a grandement évolué au cours des cinq dernières décennies et la littérature est marquée par des générations d'études sur le sujet (Banyard et Williams, 2007). Ainsi, dans les années 1960 à 2000, la littérature s'est penchée sur la question de la validation de l'existence et sur la prévalence du phénomène (Stoltenborgh *et al.*, 2011). Par la suite, on remarque l'émergence d'un grand nombre d'études portant sur les séquelles d'ASE et sur les mécanismes menant au développement de celles-ci (voir p.ex. Henning *et al.*, 2018; Hillberg *et al.*, 2011; Putnam *et al.*, 2020).

Cependant, depuis les quinze dernières années, une troisième génération d'études s'intéresse à la question du rétablissement (mot francophone pour « recovery » en anglais) des survivant(e)s, ce qui marque un point tournant dans la littérature. Malgré une absence de consensus sur sa définition à l'heure actuelle (Berger, 2015; Jacob, 2015), de manière générale, plusieurs auteurs s'entendent sur l'idée que le rétablissement est un processus de transformation actif qui permet aux survivant(e)s d'expériences traumatiques de trouver un sens à leur vie, d'améliorer leur sentiment de bien-être personnel et relationnel, ainsi que de s'efforcer de réaliser leur plein potentiel sans être limité par les séquelles de leur historique traumatique (Jacob, 2015; Sinko, *et al.*, 2021). En fait, plusieurs études sur les séquelles d'ASE ont démontré que, bien que certaines personnes peinent à s'adapter à leur histoire traumatique, d'autres s'y ajustent sans manifester, ou

en manifestant peu, des conséquences souvent documentées dans cette population, ce qui suggère la présence d'un processus spécifique de rétablissement traumatique chez ces individus (p.ex. Walker-Williams *et al.*, 2012; Walsh *et al.*, 2010). Cette vague d'intérêt sur le rétablissement se penche d'une part sur l'efficacité des traitements psychologiques pour les survivant(e)s (p.ex. Berger, 2015; Lorenz *et al.*, 2013) et d'autre part, sur l'approfondissement de la compréhension de la nature du processus de changement, qui caractérise ce rétablissement chez les victimes d'ASE (Hartley *et al.*, 2016; Saha *et al.*, 2011).

Bien que l'émergence de cet intérêt pour le phénomène de rétablissement représente un grand potentiel en ce qui concerne l'enrichissement des connaissances sur les traitements des séquelles d'ASE, à l'heure actuelle, cette génération d'études présente plusieurs limites. Tout d'abord, les études portant sur les traitements psychologiques des survivant(e)s d'ASE ont tendance à étudier des participant(e)s ayant un portrait clinique peu représentatif de cette population, en raison de critères d'exclusion à portée restreinte (Berger, 2015). De surcroît, les données actuelles sur le rétablissement proviennent principalement d'études quantitatives adoptant la perspective du/de la chercheur/clinicien(ne) et non du/de la survivant(e) lui(elle)-même. Plus d'investigations qualitatives reflétant la perspective des survivant(e)s permettraient d'élucider davantage la richesse de leur expérience ainsi que de comprendre le processus de leur rétablissement, en se rapportant spécifiquement à leur contexte particulier. Ensuite, les études qualitatives portant sur l'expérience de rétablissement du point de vue des survivant(e)s d'ASE ont tendance à jumeler les expériences des hommes et des femmes, ce qui vient brouiller la compréhension du rétablissement des femmes, en particulier.

Dans ce contexte, cet essai doctoral portera sur le processus de rétablissement traumatique

de femmes québécoises victimes d'ASE tel que raconté par ces dernières, en commençant par une recension des écrits et une revue des cadres théoriques permettant de bien situer les connaissances sur le sujet actuel. Le chapitre suivant décrit les participantes et le devis méthodologique qualitatif de l'étude. Par la suite, un chapitre sur les résultats des analyses phénoménologiques sera suivi d'une discussion interprétative de ces résultats et d'une conclusion générale.

## **1. Revue de la littérature sur le rétablissement traumatique des victimes d'ASE**

Tout d'abord, afin de mieux situer la question du rétablissement chez les survivant(e)s d'ASE, la section suivante présentera les facteurs associés aux séquelles en lien avec un vécu d'ASE. Ceci offrira une compréhension des composantes contextuelles et individuelles pouvant influencer le rétablissement des victimes. Par la suite, une discussion sur la nature des séquelles d'ASE, à l'aide des concepts de la liaison traumatique et du trouble de stress post-traumatique complexe, offrira un cadre théorique pour conceptualiser les phénomènes expérientiels desquels les survivant(e)s tentent de se rétablir dans leur processus de rétablissement traumatique.

Ultérieurement, les connaissances concernant le rétablissement des femmes victimes d'ASE seront présentées à l'aide d'un exposé des traitements psychologiques de cette population, ainsi que des cadres théoriques principaux employés dans la littérature pour décrire le processus de rétablissement et leurs données probantes respectives.

### **1.1 Facteurs associés aux séquelles à la suite d'ASE et conceptualisation de ses séquelles à l'aide de la théorie du traumatisme complexe**

Bien qu'elles permettent de dresser une compréhension du contexte dans lequel les séquelles associées à l'ASE ont tendance à émerger, les études élucidant la question des facteurs

liés à la probabilité de développer des conséquences à la suite d'ASE sont, à ce jour, plutôt de nature corrélationnelle, posant donc obstacle à la possibilité d'établir des liens de cause à effet. Cependant, plusieurs facteurs survenant tout au long de la vie des survivant(e)s sont identifiés dans la littérature et ceux-ci sont principalement individuels à la victime (p.ex. sexe de la victime, ses compétences, ses stratégies d'adaptation à la suite du traumatisme, sa personnalité), aux caractéristiques de sa famille (p.ex. qualité de la relation parent-enfant, autres stressés familiaux), en lien avec les caractéristiques des agressions elles-mêmes (p.ex. nature du lien avec l'agresseur, nature du geste, fréquence, âge à laquelle l'agression a eu lieu, etc.), ainsi qu'en lien avec la présence et la qualité du soutien social dans la vie de la victime (Henning *et al.*, 2018; Putnam, 2003)<sup>1</sup>.

Parmi tous ces facteurs, ce sont la présence et la qualité des sources de soutien qui portent le plus de poids sur la probabilité de développer des séquelles (Baril et Laforest, 2018; Henning *et al.*, 2018). Baril et Laforest (2018) avancent alors que :

« [...] le soutien positif offert par les parents à l'enfant victime d'agression sexuelle, incluant le fait de croire l'enfant et la réaction de soutien à la suite du dévoilement, constituerait l'une des conditions les plus importantes pour favoriser l'adaptation de l'enfant et pour réduire les risques de développer des symptômes, et ce, indépendamment des caractéristiques de l'agression vécue. » (p. 78)

Ce lien important entre la sévérité symptomatologique chez les enfants victimes d'ASE et la qualité du soutien de leurs parents, se révèle aussi dans les études sur les facteurs de risque et de prévention des ASE (Rudolph et Zimmer-Gembeck, 2018). C'est effectivement dans cette optique que, dans leur sommaire critique des programmes de prévention d'ASE aux États-Unis, Rudolph

---

<sup>1</sup> Voir Baril et Laforest (2018), Henning *et al.* (2018), et (Putnam, 2003) pour une liste exhaustive de ces facteurs corrélationnels.

et Zimmer-Gembeck (2018) soulignent l'importance des programmes axés sur l'éducation et le soutien des parents ayant des enfants à risque de subir une ASE. Ces auteurs affirment qu'offrir ce soutien aux parents permettrait non seulement de diminuer les taux d'ASE dans une société, mais aussi de diminuer la re-victimisation d'ASE et de mieux soutenir les victimes dans leur processus de rétablissement.

Qui plus est, dans leur revue de littérature systématique comprenant vingt-trois études qualitatives réalisées entre 1983 et 2016 et auxquelles près de trois mille candidates ont participé, Henning *et al.* (2018) soulèvent plusieurs effets négatifs perçus de la part des survivantes et leurs conséquences en lien avec les ASE. Celles-ci furent principalement liées à la réaction de l'entourage des victimes, à l'impact sur leur perception de soi, ainsi qu'aux caractéristiques de la dynamique relationnelle entre la victime et son agresseur (voir tableau 1). Leurs données suggèrent que pour ces survivantes, l'absence du soutien de leur entourage, et plus précisément de leurs parents, a été un facteur particulièrement traumatisant pour elles. Elles rapportent que ceci a mené à un sentiment d'impuissance (p.ex. dû au silence maintenu par leur entourage et qui leur a été imposé) et à leur re-victimisation en raison d'un manque de protection et de réponses adéquates de la part de leurs parents. Ces femmes divulguent aussi quelques impacts traumatiques en lien avec le sentiment d'être stigmatisées socialement, c'est-à-dire l'impression d'être perçues comme défectueuses, moins désirables sexuellement ou rejetées en raison de leur vécu d'ASE. Sur le plan de leur perception de soi, elles affirment que le fait d'avoir subi une ou des ASE a grandement affecté leur développement, et cet impact se manifeste sous forme de perte d'innocence sexuelle ainsi que d'atteinte au bien-être émotionnel. Cet impact se caractérise également par des perceptions distordues quant à la nature de l'ASE et de ses impacts, de même que par la présence

de ruminations nuisibles.

Tableau 1. Effets négatifs perçus des ASE et leurs conséquences

Effets négatifs perçus	Conséquences des effets négatifs perçus
Sexualisation traumatique	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trauma physique lié à la sexualisation inappropriée</li><li>• Violation des frontières émotionnelles et physiques</li><li>• Sentiment que le corps de l'enfant survivant a été traité comme un objet</li></ul>
Trahison de la confiance	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trahison de la part de l'agresseur</li><li>• Sentiment d'être responsable pour les agressions</li></ul>
Stigmatisation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sentiment d'être défectueuse</li><li>• Sentiment d'être moins désirable sexuellement</li><li>• Peur d'être rejetée par l'agresseur et/ou d'autres êtres chers</li></ul>
Impuissance	<ul style="list-style-type: none"><li>• Silence maintenu par la victime et son entourage</li><li>• Dynamique de pouvoir entre l'agresseur et l'enfant</li><li>• Sentiment d'être piégé et dépendance à l'agresseur</li></ul>
Interférence du développement	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perte d'innocence sexuelle</li><li>• Atteinte au bien-être émotionnel</li><li>• Perceptions distordues quant à la nature et l'impact des ASE</li><li>• Ruminations destructives</li></ul>
Revictimisation	<ul style="list-style-type: none"><li>• Manque de protection de la part des parents ou d'autres adultes</li><li>• Réponses inadéquates de la part des parents ou d'autres adultes</li></ul>

- Honte face aux parents qui n'ont pas protégé
  - Désespoir face à l'idée d'être protégé
- 

*Note.* Une adaptation de « Henning, M., Walker-Williams, H. J., & Fouché, A. (2018). Childhood sexual abuse trauma-causing dynamics experienced by women survivors: A scoping literature review. *Journal of Psychology in Africa*, 28(2), 168-174. »

En dernier lieu, ces femmes identifient plusieurs éléments se rapportant à leur dynamique relationnelle avec l'agresseur, tels que la sexualisation traumatique (p.ex. le sentiment de violation de frontières émotionnelles et physiques, ainsi que le sentiment que leur corps d'enfant a été traité comme un objet), de même que la trahison de leur confiance (p.ex. le sentiment d'avoir été trahies par l'agresseur et d'être responsable pour les abus). En ce qui concerne la nature de leur relation avec l'agresseur, ces participantes rapportent la présence d'une dynamique de pouvoir avec celui-ci dans leur enfance, pouvant persister jusqu'à l'âge adulte. Cette dynamique implique aussi le sentiment d'être piégées et d'être dépendantes de l'agresseur, et parfois, la peur simultanée d'être rejetées par ce dernier.

Les composantes traumatiques que décrivent les femmes survivantes de l'étude de Henning *et al.* (2018) corroborent plusieurs éléments de ce que maints auteurs théorisent comme les effets d'une liaison-traumatique entre une victime et son agresseur (voir p.ex. Celani 2000; Herman, 1992a; Herman, 1992b; Saunders & Edelson, 1999). Ainsi, la liaison-traumatique se définit comme une dynamique relationnelle dans laquelle une victime est prise au piège par son agresseur et qui est aussitôt dans une position de dépendance envers ce dernier. Souvent, cette victime

dépend de son agresseur, non seulement pour survivre, mais aussi pour combler ses besoins de base, physiques et émotionnels. Ainsi, à travers des cycles d'abus dans lesquels on retrouve de la violence, des conflits, ainsi que le non-respect des frontières saines de la victime, cette dernière succombe à un sentiment d'impuissance apprise. Cette impuissance mène à une perte d'initiative et la victime cesse de s'engager dans le monde, puisque ses tentatives d'autonomisation sont perçues par l'agresseur comme des insubordinations et sont punies. Dès lors, l'épanouissement, le développement, les liens sociaux, voire le sentiment de force psychologique personnelle de la victime, sont mis au second plan, ce qui revient à dire que la préoccupation pour sa survie et la satisfaction de ses besoins de base dépendent désormais de l'agresseur.

La *liaison-traumatique* est conceptualisée comme l'un des mécanismes centraux menant aux séquelles traumatiques observées chez les victimes de maltraitance en enfance (Celani, 2000). Sa pertinence pour les survivant(e)s d'ASE prend tout son sens lorsqu'on considère la nature relationnelle de ce type d'agression, qui est caractérisée par une « [...] prise de pouvoir dans un rapport de force inégale... » (Baril et Laforest, 2018, p. 58), qui est souvent prolongée et répétée, et qui porte atteinte à l'intégrité psychologique et physique de ses victimes.

Bref, les composantes associées aux séquelles à la suite d'ASE ont le potentiel d'influencer la trajectoire des victimes en venant favoriser ou nuire à leur processus de rétablissement. À la lumière de ses composantes, il apparaît que l'environnement social de la victime, la dynamique relationnelle entre une victime et son agresseur, ainsi que l'impact des agressions sur l'expérience qu'une victime aura d'elle-même, se situent au cœur du processus de rétablissement traumatique des survivant(e)s d'ASE.

### ***1.1.1. Le traumatisme complexe : un cadre théorique pour conceptualiser la nature des impacts de l'ASE sur ses survivant(e)s***

Afin de capter la nature et la complexité des conséquences observées chez les victimes de maltraitance en enfance, Judith Herman (1992a et 1992b) propose dans son travail clinique et empirique, le modèle conceptuel de trauma complexe<sup>2</sup>, encore utilisé aujourd'hui comme fondement théorique dans la compréhension des séquelles provenant d'expériences traumatiques vécues de manière répétée. De plus, ces dernières ont souvent lieu durant l'enfance et sont de nature relationnelle, tout comme l'ASE (voir p.ex. (Cloitre *et al.*, 2011; van der Kolk, 2014). Dans son tableau clinique (voir tableau 2), Herman (1992a) suggère une conceptualisation compréhensive et holistique de ces séquelles en proposant sept domaines d'altération chez les survivant(e)s en question. On y retrouve, notamment, des manifestations qui se chevauchent partiellement avec le diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT)<sup>3</sup> (APA, 2013). Ainsi, le domaine d'altération dans la régulation des affects, la dysphorie persistante, la colère explosive et l'autodestruction sont compris dans le TSPT, mais Herman ajoute certaines manifestations telles que la préoccupation suicidaire chronique et les perturbations sur le plan sexuel, pour mieux

---

<sup>2</sup> Les expressions *traumatisme complexe* et *trauma complexe* sont parfois utilisées pour décrire les événements traumatiques eux-mêmes et d'autres fois, pour décrire les séquelles associées à ces événements traumatiques chez les victimes. À noter qu'ici, ces termes ne seront utilisés que pour se référer aux séquelles de ces événements traumatiques.

<sup>3</sup> Selon le DSM-5, le trouble de stress post-traumatique est caractérisé par la présence d'un ou de plusieurs symptômes spécifiques à la suite d'une exposition à une mort, une menace de mort, une blessure grave ou de la violence sexuelle (APA, 2013). Les symptômes sont : 1) envahissants : souvenirs et/ou rêves avec un contenu associé aux expériences traumatiques, détresse psychologique et/ou réactions physiologiques marquées suite à l'exposition à des indices rappelant les expériences traumatiques, et dissociations (avec ou sans reviviscence) ; 2) comportements d'évitement : évitement des stimuli externes, et/ou des souvenirs, pensées, ou sentiments rappelant les événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse ; 3) altérations cognitives et de l'humeur : amnésie dissociative en ce qui concerne les événements traumatiques, croyances exagérément négatives concernant soi-même, les autres et/ou le monde, distorsions cognitives menant au blâme de soi ou des autres pour les événements traumatiques, état émotionnel négatif persistant, incapacité d'éprouver des émotions positives, réduction nette de l'intérêt et/ou de la participation aux activités importantes, sentiment de détachement d'autrui ; et 4) altérations de l'éveil et de la réactivité : comportements irritables ou excès de colère, comportements irréflectifs ou autodestructeurs, hypervigilance, réaction de sursaut exagérée, problèmes de concentration, perturbation du sommeil.

représenter le trauma complexe observé dans son travail. Le domaine d'altération de la conscience, pour sa part, reprend aussi plusieurs éléments du TSPT (p.ex. l'amnésie, la dissociation, les reviviscences). De plus, quoi qu'il y ait quelques critères se rapportant à la perception de soi dans le diagnostic de TSPT, le modèle de Herman approfondit grandement notre compréhension de celle-ci en ajoutant la présence de honte, de culpabilité et du blâme de soi, ainsi que le sentiment d'impuissance et la sensation d'être complètement différent par rapport à autrui. Qui plus est, les trois derniers domaines de son modèle, dont l'altération de la perception de l'auteur de l'agression, l'altération des relations avec les autres et l'altération du système des sens<sup>4</sup>, regroupent des manifestations qu'on retrouve souvent chez les victimes de traumas complexes, mais qui ne se retrouve pas dans le diagnostic de TSPT.

Tableau 2. Tableau clinique du traumatisme complexe selon Herman (1992)

Domaines d'altération	Manifestations possibles
Altération dans la régulation des affects	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysphorie persistante</li> <li>• La préoccupation suicidaire chronique</li> <li>• L'autodestruction</li> <li>• La colère explosive et/ou extrêmement inhibée</li> <li>• La sexualité compulsive et/ou extrêmement inhibée</li> </ul>
Altération de la conscience	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'amnésie ou l'hypermnésie pour les événements traumatiques</li> </ul>

<sup>4</sup> Herman (1992a et b) entend ici par système des sens, un sentiment de pouvoir croire ou avoir confiance en soi-même, en l'autre, et/ou en quelque chose de plus grand que soi, qui est porteur de sens pour la personne, sans quoi celle-ci succombe à des sentiments d'impuissance et de désespoir.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des épisodes transitoires dissociatifs</li> <li>• La dépersonnalisation/déréalisation</li> <li>• Les reviviscences des expériences (sous forme d'idées intrusives ou de ruminations)</li> </ul>
Altérations de la perception de soi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La sensation d'impuissance ou paralysie de l'initiative</li> <li>• La honte, culpabilité ou blâme de soi</li> <li>• La sensation de différence complète par rapport aux autres, qui peut contenir la sensation d'être particulier ou d'être seul, la conviction que personne ne peut le comprendre, voire la conviction d'avoir une identité non humaine</li> </ul>
Altération dans la perception de l'auteur de l'agression	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préoccupation dans les relations avec l'auteur de l'agression</li> <li>• Attribution peu réaliste du pouvoir total de l'auteur de l'agression</li> <li>• Idéalisation ou gratitude paradoxale</li> <li>• Sensation d'une relation spéciale ou surnaturelle</li> <li>• Acceptation du système de croyances ou rationalisation de l'auteur de l'agression</li> </ul>
Altération dans les relations avec les autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolement et repli</li> <li>• Perturbation dans les relations intimes</li> <li>• Recherches répétées d'un sauveur (pouvant alterner avec l'isolement et le repli)</li> <li>• Perturbation persistante</li> <li>• Défaillance répétée ou autoprotection</li> </ul>
Altération dans le système des sens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perte de confiance</li> <li>• Sensation d'impuissance ou de désespoir</li> </ul>

---

*Note.* Une adaptation de « Tarquinio, C., Houllé, W. A., & Tarquinio, P. (2017). Discussion autour du traumatisme complexe: émergence du concept, étiologie et critères diagnostiques. *Sexologies*, 26, 79-86. »

Bien que ce tableau clinique offre une conception plus large et représentative du portrait clinique possible des personnes touchées par un traumatisme complexe, telles que les survivant(e)s d'ASE, le concept du traumatisme complexe lui-même fait toujours l'objet de débats (Tarquinio *et al.*, 2017). Par exemple, des questions vis-à-vis de son chevauchement partiel avec d'autres entités conceptuelles, comme le trouble de la personnalité limite, posent des défis sur le plan de l'évaluation et du diagnostic différentiel. De surcroît, la vaste gamme des manifestations proposées mène à une remise en question de sa validité de construit (Tarquinio *et al.*, 2017).

Il est à souligner, cependant, que l'une des grandes forces de ce modèle est le fait qu'il dépasse le cadre comportemental observable du TSPT, en intégrant les dimensions intrapsychiques, interpersonnelles et existentielles, souvent rapportées par les survivant(e)s. Il appert aussi que cette théorie du trauma complexe s'avère pertinente en ce qui concerne la question du rétablissement des survivant(e)s d'ASE, en dressant un portrait des composantes qui seront, hypothétiquement, sujettes au changement au sein de ce processus de rétablissement traumatique. Cette théorie chevauche ainsi, non seulement les facteurs déjà identifiés comme centraux sur le parcours de rétablissement d'une victime (c.-à-d. son expérience de soi, la qualité de son environnement social, sa dynamique relationnelle avec l'agresseur), mais y ajoute les composantes de la perception des autres, des relations interpersonnelles de la victime dans son sens plus large, en plus de la dimension du système de sens de la victime.

## **1.2. L'état des connaissances sur le rétablissement traumatique des survivant(e)s d'ASE**

Les facteurs associés aux séquelles à la suite d'ASE, de même que les théories de liaison-traumatique et de traumatisme complexe, offrent certainement des pistes d'exploration pertinentes

en ce qui concerne l'investigation du processus de rétablissement chez les survivant(e)s d'ASE. Ces cadres n'offrent, toutefois, pas d'éclaircissement sur la manière dont ces survivant(e)s se rétablissent de leurs expériences traumatiques, un sujet de grande importance dans la formulation des meilleurs moyens de soutenir cette population et de favoriser leur rétablissement.

À la lumière de ces limites, une nouvelle génération d'études investiguant le rétablissement des victimes d'ASE a récemment émergé dans la littérature. Ainsi, la première partie de cette section explorera l'une des premières vagues d'étude à ce sujet, à savoir, les meilleurs traitements psychologiques auprès de cette population. Cette exploration offrira des pistes de compréhension pertinentes sur les tâches souvent entreprises par les survivant(e)s au sein de leur travail thérapeutique et qui sont des moyens pour entreprendre un rétablissement traumatique.

Quoi que les données probantes et théoriques sur les traitements psychologiques des survivant(e)s d'ASE offrent quelques éléments primordiaux sur le phénomène du rétablissement, elles ne sont toutefois pas en mesure d'élucider de manière compréhensive la nature même de ce rétablissement, ni la manière dont s'opèrent les changements dans ce processus. D'autant plus, une limite importante des connaissances actuelles est qu'elles reposent sur des données prenant principalement la perspective du/de la chercheur et/ou du/de la clinicien(ne). En fait, le modèle médical, centré sur la diminution des symptômes et du fonctionnement mal adapté, employé par les chercheurs qui étudient le traitement psychologique de cette population, est problématique en ce sens qu'il ne capte pas les nuances et la richesse du processus de rétablissement. Par ailleurs, ce modèle médical a le potentiel de conceptualiser de façon pathologique des mécanismes d'adaptation qui sont identifiés par les victimes comme étant plutôt aidants (p.ex. l'emploi de l'évitement temporaire des émotions, l'évitement relationnel, le refoulement des souvenirs

traumatiques, etc.). Ainsi, afin de mieux comprendre leur processus de rétablissement, il s'avère essentiel d'obtenir la perspective des survivant(e)s eux(elles)-mêmes, ce qui n'est souvent pas le cas dans les études portant sur les traitements thérapeutiques des victimes d'ASE.

Cependant, l'un des défis qui se présente au sein de l'investigation du processus de rétablissement lui-même est que, puisque notre compréhension du rétablissement d'une population d'adultes survivant(e)s de maltraitance en enfance (incluant les ASE) est incomplète, il n'existe pas, actuellement, un concept théorique étalon pouvant agir de fondement empirique pour comprendre ce phénomène. Il y a ainsi un manque de consensus en ce qui concerne le terme le plus approprié pour représenter le rétablissement traumatique. Voilà pourquoi, une variété de termes sont employés pour décrire ce construit dans la littérature. Par conséquent, la deuxième partie de cette section porte sur les théories de rétablissement les plus employées dans la littérature à l'heure actuelle et sur leurs données probantes, dont le *coping* et la *résilience*, la *croissance post-traumatique* et la *guérison*<sup>5</sup>.

### ***1.2.1. Les traitements thérapeutiques comme moyen de rétablissement traumatique***

La branche d'investigation portant sur les traitements psychologiques des survivant(e)s d'ASE se fait plus prolifique à compter des années 1990, alors que notre compréhension de la nature des séquelles, surtout en ce qui concerne les souvenirs des survivant(e)s et la possibilité de les récupérer, faisait toujours objet de débats (Del Monte, 2001). Il n'est donc pas surprenant que

---

<sup>5</sup> Dans le but de maintenir une position épistémologique phénoménologique qui vise à décrire les expériences d'un individu et de ses significations sans l'application de fondement conceptuel à priori (Bachelor et Joshi, 1986), l'auteur de cet essai doctoral a fait le choix de ne pas prendre position sur une théorie particulière pour définir le concept de rétablissement traumatique. Une telle position épistémologique a permis de former une compréhension du rétablissement traumatique à travers les témoignages des femmes survivantes à l'étude concernant leurs propres expériences du phénomène en question et de sa signification.

l'un des premiers points focaux des traitements psychologiques de cette population a été d'évaluer l'efficacité d'interventions axées sur la récupération et la narration de ses souvenirs traumatiques, afin de réduire ces séquelles et améliorer le fonctionnement global. Les études sur l'efficacité des thérapies utilisant le récit des histoires d'ASE et l'expression face à ses impacts par les victimes comme formes principales d'interventions, telles que la thérapie de groupe (Herman et Schatzow, 1987; Saunders, 1999; Tyson, 1996), les thérapies expressives (p.ex. l'art-thérapie (Burt, 1999), ainsi que les thérapies narratives et féministes (Adams-Westcott et Isenbart, 1996; Lorenz et al., 2013), ont démontré la tendance à être bénéfiques pour leurs participant(e)s-survivant(e)s. Les clinicien(ne)s-chercheurs théorisent que la possibilité de raconter leur histoire devant des témoins sécuritaires et sécurisant(e)s (p.ex. soit devant les membres du groupe thérapeutique et/ou devant le/la thérapeute) permet la digestion<sup>6</sup> cognitive et émotionnelle des expériences traumatiques (Adams-Westcott et Isenbart, 1996; Burt, 1999; Herman et Schatzow, 1987; Lorenz, 2013; Saunders, 1999; Tyson, 1996). De plus, ils stipulent que ceci permet aux victimes d'établir des liens relationnels, ce qui diminue leur isolement social et améliore leur fonctionnement social, tout en leur permettant d'attribuer un sens à leur histoire de vie (Adams-Westcott et Isenbart, 1996; Burt, 1999; Herman et Schatzow, 1987; Lorenz, 2013; Saunders, 1999; Tyson, 1996).

Par la suite, il y a les études évaluant l'efficacité des traitements psychologiques de types cognitifs-comportementaux (TCC) traditionnels (p.ex. Holder *et al.*, 2017), qui incorporent d'autres interventions comme la pleine conscience (p.ex. Wolfsdorf et Zlotnick, 2001) et le traitement des symptômes somatiques (Chandler, 2010; Wagenmans *et al.*, 2018). Ces études

---

<sup>6</sup> Le terme digestion est communément utilisé dans la littérature francophone au sujet du rétablissement traumatique pour désigner l'acte de traiter les vécus traumatiques dans le but de transformer la manière dont une personne traumatisée vit et fait sens de ceux-ci (Brillon, 2017).

rèvent que la modification des croyances (p.ex. liées à la perception de soi, des autres, et du monde) a tendance à diminuer les symptômes de TSPT et, qu'en particulier, les stratégies de pleine conscience (Holder *et al.*, 2017) et de traitement des symptômes somatiques liés à l'hyperactivation peuvent améliorer la régulation des émotions dans cette population (Chandler, 2010; Wagenmans *et al.*, 2018; Wolfsdorf et Zlotnick, 2001).

Cependant, les études sur les approches TCC comportent des failles importantes. Tout d'abord, la diminution des symptômes à la suite de telles interventions ne perdure pas à long terme (Berger, 2015). De plus, ces études ont tendance à ne tenir compte que des participants avec un diagnostic de TSPT, en excluant les cas plus complexes (p.ex. les cas aussi touchés par des symptômes dépressifs, un trouble de la personnalité limite, ou par un trouble bipolaire) (Berger, 2015). Cette limite diminue grandement la validité écologique de ces études, puisque ces cas plus complexes s'apparentent davantage au portrait de trauma complexe retrouvé chez les survivant(e)s d'ASE (Herman, 1992b). De surcroît, il s'avère que les individus ayant un portrait clinique congruent au modèle de trauma complexe bénéficient moins d'intervention de types TCC (Berger, 2015). Ces constats soutiennent l'argument que les interventions thérapeutiques auprès de cette population doivent aller au-delà de la réduction des symptômes, en adoptant une approche plus holistique qui tient compte de la totalité de la personne, afin de traiter de manière efficace la présentation clinique complexe des survivant(e)s d'ASE.

Par ailleurs, bien que plusieurs clinicien(ne)s aient recours à des interventions de nature psychodynamique dans leur travail avec les survivant(e)s d'ASE, ces types de traitement ne font pas l'objet d'évaluations empiriques sur leur efficacité, puisqu'ils constituent des approches diversifiées et non protocolaires, en plus d'être en adaptation constante face aux besoins

changeants de leur clientèle (Gabard, 2005; McWilliams 2011). Les traitements psychodynamiques employés pour les survivant(e)s d'ASE émergent de plusieurs modèles théoriques (p.ex. les théories de l'attachement, de relations d'objet, etc.) et considèrent que chaque personne est unique et requiert une approche exploratoire adaptée à la personne particulière (Gabard, 2005; McWilliams 2011). Dans ce contexte, les symptômes que présentent les survivant(e)s de trauma complexe sont conceptualisés comme des enjeux intrapsychiques (Gabard, 2005; McWilliams 2011). Ces derniers demandent à être explorés afin que les souvenirs traumatiques soient récupérés dans la conscience. C'est à ce moment qu'il sera possible d'apprendre à maîtriser et à construire un sens autour des expériences du passé, tout en comprenant et en changeant l'influence de ces souvenirs sur les expériences du présent (p.ex. en brisant l'identification avec l'agresseur, en brisant les cycles de violation de frontières interpersonnelles, en diminuant les re-victimisations, etc.) (Berger, 2015; Gabard, 2005; McWilliams 2011). De plus, cette approche travaille avec les aspects transférentiels qui émergent dans la relation thérapeutique, dans le but d'offrir de nouvelles expériences émotionnelles et interpersonnelles au/à la survivant(e), ce qui est théorisé comme important pour la reconstruction ou l'acquisition des capacités d'attachement sécurisantes (Gabard, 2005; McWilliams 2011).

À la lumière de ceci, Berger (2015) conclut dans sa revue de la littérature critique des traitements thérapeutiques pour les survivant(e)s d'ASE, que les aspects non-linéaires, multidimensionnels, et dirigés par le/la client(e) des approches psychodynamiques, les rendent particulièrement bien positionnées pour traiter une telle population clinique. D'ailleurs, pour cette population, les composantes plus complexes de leur présentation clinique restent non adressées par les approches TCC (Berger, 2015). Néanmoins, les approches TCC sont tout de même utiles

pour la stabilisation des symptômes des survivant(e)s dans le court terme, offrant le potentiel de préparer ces client(e)s pour un travail psychodynamique de profondeur (McWilliams, 2011). En revanche, bien que les données probantes sur les traitements psychologiques des survivant(e)s suggèrent fortement un besoin d'intervenir de manière plus intégrative, les études sur l'efficacité des traitements qui incorporent tous les aspects du trauma complexe sont, à l'heure actuelle, quasi inexistantes.

Bref, ces études sur le traitement psychologique des survivant(e)s d'ASE offrent des pistes de compréhension sur les tâches accomplies par ces derniers au sein de leur processus de rétablissement traumatique. Elles soulignent, par exemple, les effets bénéfiques de raconter son histoire traumatique devant des témoins, de changer ses cognitions en lien avec ces expériences traumatiques, de prendre en charge ses relations interpersonnelles pour diminuer la tendance à répéter des patrons malsains et appris lors des ASE, ainsi que l'importance de tisser des liens sociaux soutenus et de qualité. Toutefois, une exploration des cadres théoriques et de leurs données probantes respectives élucidant la nature du processus de changement dans le rétablissement traumatique des survivant(e)s d'ASE, est primordiale afin de mieux comprendre le phénomène en question.

### ***1.2.2. Les connaissances sur la nature du processus de rétablissement traumatique chez les survivant(e)s d'ASE***

#### *1.2.2.1. Le rétablissement traumatique selon les modèles de coping et de résilience*

Un premier construit théorique abordant la nature du processus de rétablissement dans une population de survivant(e)s d'ASE est celui du coping. Ce concept est défini dans la littérature comme l'emploi de diverses stratégies cognitives et comportementales impliquées dans la gestion

des pressions internes et externes que peut exercer une situation stressante ou menaçante sur une personne (Walsh *et al.*, 2010). La revue de littérature systématique sur le coping chez les survivant(e)s d'ASE de Walsh et al. (2010) rassemble les résultats de trente-neuf études, incluant des études descriptives, corrélationnelles et factorielles sur les liens entre ces stratégies d'adaptation et le fonctionnement à long terme des survivant(e)s (p.ex. l'absence de comportements sexuels mésadaptés, l'absence de symptômes et de détresse psychologique, l'absence de comportements sociaux mésadaptés, etc.). Les résultats révèlent que les stratégies cognitives les plus souvent retrouvées dans cette population sont la réévaluation et la restructuration cognitive, la minimisation, le refoulement des souvenirs traumatiques, ainsi que la distraction. Les stratégies comportementales les plus souvent employées sont caractérisées par l'évitement des stimuli rappelant le trauma, l'évitement des pensées intrusives, des abus de substances et le recours à son réseau de soutien social. De plus, ces auteurs rapportent que les stratégies d'adaptation des survivant(e)s d'ASE ont tendance à changer et à évoluer dans le temps. Certaines d'entre elles, comme l'évitement, sont favorisées dans le court terme et sont plus tard remplacées par des stratégies de réévaluation cognitive et de recours au soutien social, qui elles, sont associées à un meilleur fonctionnement global dans cette population (Walsh *et al.*, 2010). Bien que cette étude dresse quelques éléments pouvant se retrouver dans un processus de rétablissement, le concept de coping s'avère être d'une richesse limitée, puisqu'il repose exclusivement sur des stratégies cognitives et comportementales des victimes, ce qui ne représente pas la complexité du processus dynamique de rétablissement dans cette population.

Pour ce qui est de la résilience, bien que sa définition ne fasse pas consensus, elle est souvent définie dans la littérature comme un processus dynamique d'adaptation positive face à la

présence d'adversité significative (Banyard et Williams, 2007; Domhardt *et al.*, 2015). La revue de la littérature systématique sur la résilience au sein d'une population de survivant(e)s d'ASE de Domhardt *et al.* (2015), démontre que sur trente-sept articles recensés, entre 10 % et 53 % des participants manifestent un niveau de fonctionnement « normal ». Ce fonctionnement normal était caractérisé par divers construits au sein des études recensées, dont la présence d'une saine estime de soi, l'absence de comportements destructeurs, l'absence de symptômes ou de diagnostics psychologiques, la présence de compétence interpersonnelle, la présence d'un bon fonctionnement social, académique et professionnel, etc. De plus, ce fonctionnement normal était associé positivement à la présence des facteurs de protection suivants : le niveau d'éducation plus élevé, le haut degré de compétences émotionnelles et interpersonnelles, la perception de soi comme ayant un certain contrôle, ainsi que la responsabilisation de l'agresseur pour les abus. Domhardt *et al.* (2015) ont aussi trouvé que la présence d'un soutien social, y compris de la part de la famille, autant en enfance qu'à l'âge adulte, était le facteur le plus significativement lié à une adaptation positive et donc, à la résilience face à l'adversité, incluant l'adversité que représente le fait d'avoir subi de l'ASE.

Par ailleurs, la grande majorité des études sur la résilience chez les survivant(e)s d'ASE regroupent les hommes et les femmes, ce qui ne permet pas d'élucider l'expérience distinctive des femmes victimes. Ainsi, l'une des seules études explorant la résilience chez les femmes en particulier est celle de Banyard et Williams (2007). Leur méthode mixte et longitudinale révèle chez leurs 21 participantes une progression vers un fonctionnement plus adapté, mesuré par l'absence de symptômes de TSPT, l'absence d'abus de substances, de même qu'un fonctionnement sexuel, social et professionnel normal, l'absence d'incidents de violence envers leurs enfants, tout

comme l'absence de maladies graves. Cette progression implique un processus qui a évolué dans le temps et qui ne comporte pas de point de terminaison particulier. De plus, elle inclut des efforts conscients pour surmonter les défis se présentant aux survivantes. Cette progression a été ponctuée par une série de points tournants, dont : 1) des prises de conscience face à leur vécu traumatique et à ses impacts, 2) des changements significatifs (ou amorces de changements) dans leur vie, 3) la prise de nouveaux engagements à divers niveaux (p.ex. le désir de former une bonne relation avec leur(s) enfant(s) et de les protéger, le désir de s'engager dans une vie spirituelle, le fait d'augmenter leur soutien social).

L'étude de Banyard et Williams (2007) offre une perspective importante sur le rétablissement chez les femmes survivantes d'ASE et souligne la présence d'aspects laborieux et dynamiques de ce processus (Draucker *et al.*, 2011). Cependant, leur étude et celles recensées par Domhardt *et al.* (2015) sont grandement limitées par les fondements théoriques sur lesquels elles reposent, c'est-à-dire celui de la résilience. En effet, la conceptualisation du rétablissement comme une simple adaptation positive met l'accent sur l'absence de psychopathologie, la réduction de symptômes, et l'amélioration du fonctionnement adapté, ce qui reprend une conceptualisation médicale et limitée du rétablissement.

#### *1.2.2.2. Le rétablissement traumatique selon le modèle de croissance post-traumatique*

La définition de croissance post-traumatique émise par Tedeschi et Calhoun (2004) représente plus largement et de manière plus détaillée ce processus qui sous-tend le phénomène de rétablissement. Ces auteurs présupposent que la croissance post-traumatique débute avec une

remise en question des schémas<sup>7</sup> de la personne, particulièrement les schémas liés à une perception de la vie comme composée de bienveillance, de justice et de contrôlabilité (Calhoun et Tedeschi, 2014; Janoff-Bulman, 2014). Cette remise en question débute par une grande détresse psychologique et s'accompagne de ruminations automatiques, de souvenirs envahissants de l'événement traumatique, tout comme d'une remise en question de ses réactions avant et lors de cet événement (Calhoun et Tedeschi, 2014; Janoff-Bulman, 2014). Ce processus de rumination de nature intrusive se remplace progressivement par une rumination délibérative, dans laquelle la personne commence à attribuer un sens à son expérience, un sens qui sert de tremplin vers une série de transformations personnelles (c.-à-d. une augmentation de l'appréciation de la vie en générale, de la proximité et de la qualité des relations interpersonnelles, des domaines spirituels et existentiels, en plus d'un sentiment de croissance sur le plan de la force personnelle et dans le sentiment d'ouverture face à de nouvelles possibilités de vie) (Calhoun et Tedeschi, 2014; Janoff-Bulman, 2014).

De plus, Tedeschi et Calhoun (2004) proposent que le passage d'un état de réactions plus automatiques, telles que les ruminations intrusives, à une digestion plus délibérative de l'expérience traumatique, se fait en premier lieu grâce au dévoilement de la détresse psychologique associée au trauma dans un contexte social, perçu comme soutenant et positif par l'individu affecté (Jayawickreme et Blackie, 2016; Tedeschi et Calhoun, 2004). Ainsi, Joseph et Linley (2005)

---

<sup>7</sup> Le terme schéma, dans ce cas-ci, se réfère à l'idée qu'à travers nos expériences relationnelles et de la vie en général, nous construisons des présuppositions fondamentales qui offrent un guide permettant de planifier et percevoir les autres, ainsi que de prédire le futur, ce qui nous permet d'agir dans notre environnement de manière adaptative (Janoff-Bulman, 2014). Cette notion a plusieurs appellations dans la littérature, dont l'une des plus courantes étant le terme modèles internes opérants provenant de la théorie de l'attachement de Bowlby (voir Mikulincer et Shaver, (2017) pour plus de détails).

théorisent qu'afin d'être vécu comme une expérience positive permettant la croissance post-traumatique, l'environnement social devrait promouvoir le sentiment de connexion, d'autonomie et de compétence chez la personne traumatisée. Ce serait donc grâce à l'empathie, l'acceptation, ainsi qu'aux perspectives variées offertes par l'environnement social que ces individus traumatisés réussissent à reconstruire leur narratif de vie de manière à ce qu'ils puissent attribuer un nouveau sens à leur expérience traumatisante (Jayawickreme et Blackie, 2016; Tedeschi et Calhoun, 2004).

Ce phénomène de croissance post-traumatique est, notamment, associé à plusieurs types d'expériences traumatiques dans la littérature. Par exemple, dans leur méta-analyse comprenant 87 études transversales corrélationnelles auprès de diverses populations (ayant subi des guerres, des maladies physiques, des interventions chirurgicales importantes, de la violence corporelle, une ou des agression(s) sexuelle(s), etc.), Helgeson *et al.* (2006) ont trouvé un lien significatif entre le fait d'avoir surmonté un trauma et la perception d'avoir une vie améliorée, en raison de cette expérience traumatique. De plus, les études longitudinales sur le sujet (Affleck *et al.*, 1987; Frazier *et al.*, 2009; McMillen *et al.*, 1997; Sears *et al.*, 2003) ont révélé qu'entre 58 % et 83 % des survivant(e)s d'événements traumatiques (c.-à-d. anévrisme, cancer du sein, chez les parents ayant des enfants souffrant de maladies infantiles et diverses autres formes de trauma, comme les agressions physiques, psychologiques et sexuelles) rapportent vivre des changements positifs suite au trauma dans au moins un domaine de vie (p.ex. dans la qualité de leurs relations interpersonnelles, ou encore, dans leurs valeurs existentielles et spirituelles), en raison de leur processus de digestion et de rétablissement de ces expériences traumatiques.

Bien que la théorie de la croissance post-traumatique soit bien soutenue empiriquement, il existe actuellement seulement trois études qualitatives explorant ce processus de croissance auprès

de populations de femmes survivantes d'ASE. Tout d'abord, l'étude de cas de Vilenica *et al.*, (2012) avait comme objectif d'investiguer la trajectoire permettant à deux survivantes d'ASE de croître malgré les séquelles de leurs expériences traumatiques durant enfance, mais aussi de se construire une vie riche et épanouissante. Selon ces auteurs, les schémas initiaux (c.-à-d. la perception de soi et des autres, ainsi que la vision du monde) de ces participantes ont été grandement influencés par leurs expériences traumatiques. La modification de ces schémas a tout d'abord été possible à l'aide d'une prise de conscience de l'impact qu'ont ces schémas sur les choix de vie et le bien-être psychologique. Ensuite, un dévoilement de leurs expériences traumatiques dans le cadre d'une relation thérapeutique caractérisée par un lien de confiance, a permis un processus de rumination délibératif menant à la digestion de ces expériences. Ce processus a servi de levier pour la reconstruction de la perception de soi et des autres, permettant aux participantes de former des relations plus profondes ainsi qu'une vie plus épanouissante.

L'étude qualitative interprétative de Walker-Williams (2013), auprès de dix femmes africaines survivantes d'ASE, révèle aussi une transformation des schémas originaux de ces participantes grâce à trois phénomènes, soit l'acquisition d'habiletés de régulation des émotions, la reconnexion à leurs valeurs et à leurs ressources spirituelles, ainsi que la présence et la recherche de soutien social. Selon ces auteurs, ces changements ont servi de tremplin pour une croissance personnelle caractérisée par l'attribution d'un sens à leurs expériences traumatiques. De plus, les auteurs avancent que ces changements ont permis une transformation de leur perception de soi (p.ex. par un passage de perception de soi de victime à survivante, la présence d'un sentiment d'être plus forte, une plus grande tendance à se valoriser, etc.), ainsi qu'une amélioration de la qualité de leurs relations (p.ex. rôle de mère plus consciencieux, désir d'aider autrui, plus grande

intimité émotionnelle dans les relations en général, etc.).

Finalement, l'étude de Hartley *et al.* (2016) a examiné le parcours de six participantes survivantes d'ASE à l'aide d'une analyse phénoménologique interprétative avec l'objectif principal d'élucider le processus sous-jacent à leur croissance post-traumatique. Les participantes de l'étude ont rapporté avoir vécu une expérience de croissance à travers l'attribution d'un sens à leur trauma et à ses séquelles psychologiques et relationnelles. De plus, elles ont pu changer leur manière d'entrer en relation avec elle-même, une expérience de croissance possible grâce à de nouvelles expériences émotives et une nouvelle perception de soi et de leur avenir. Finalement, elles partagent avoir vécu une amélioration de leurs relations interpersonnelles, notamment en modifiant la relation avec leurs enfants et avec leur famille d'origine.

Hartley *et al.* (2016) concluent qu'il existe des similitudes entre la trajectoire vers une croissance post-traumatique de ces participantes et la théorie de Tedeschi et Calhoun (2004). Par exemple, il a été soulevé que la tentative de faire sens des expériences ressemble au processus de rumination menant à une acceptation du trauma et une meilleure relation envers soi. Cependant, bien que Tedeschi et Calhoun (2004) suggèrent que l'un des mécanismes sous-jacents à la croissance post-traumatique soit le soutien social, l'étude de Hartley *et al.* (2016) a révélé que l'un des ingrédients stimulant cette croissance chez les victimes d'ASE de leur étude a été l'occasion de redonner dans leurs relations interpersonnelles, soit de manière instrumentale ou en étant un soutien émotionnel pour autrui. Ce mécanisme est particulièrement important chez les victimes dans le contexte de leur rôle de mère, permettant la possibilité de mettre en œuvre une nouvelle expérience parent-enfant et d'aller au-delà de leurs traumatismes.

Enfin, ces études soutiennent plusieurs aspects du modèle de croissance post-traumatique

de Tedeschi et Calhoun (2004), mais comme dans le cas des études sur les concepts du coping et de la résilience, elles sont limitées par leur fondement théorique. Bien que la croissance post-traumatique de Tedeschi et Calhoun (2004) propose un modèle plus élargi du rétablissement lorsqu'on le compare aux deux concepts précédents (le coping et la résilience), la nature du changement proposée repose grandement sur une digestion cognitive des expériences traumatiques et décrit moins bien d'autres aspects du rétablissement, tels que les composantes émotionnelles.

#### *1.2.2.3. Le rétablissement traumatique selon le modèle théorique de la guérison*

Le concept de la guérison, pour sa part, s'avère être un construit avec l'une des portées les plus larges dans la littérature sur le rétablissement. Ce concept incorpore les notions se retrouvant dans le coping, la résilience et la croissance post-traumatique, comme l'utilisation de stratégies d'adaptation, le recours au soutien social, de même que l'idée que ce soit un processus laborieux et qui évolue dans le temps. Ce concept vient élargir, cependant, cette notion d'adaptation en le reformulant comme suit : les survivant(e)s sont des agents actifs dans leur processus de transformation et, en transigeant avec le stress traumatique, engagent, et voient évoluer, leur ressources internes et externes. Ceci leur permet d'aller plus loin qu'une adaptation, et de construire des forces internes et ressources externes leur permettant de persévérer à travers les défis que leur présente la vie (Anderson et Hiersteiner, 2008; Draucker *et al.*, 2011; Herman, 1998). Ces ressources internes incluent les ressources cognitives et comportementales retrouvées dans les notions de coping, de résilience et de croissance post-traumatique, mais présument aussi l'utilisation d'autres ressources internes, telles que les émotions, l'autonomie, l'initiative, la persévérance, l'optimisme, le sentiment de compétence, l'estime de soi, la spiritualité, la créativité,

etc. (Anderson et Hiersteiner, 2008; Draucker *et al.*, 2011; Herman, 1998). En ce qui concerne les ressources externes à la personne, la notion de guérison inclut le recours au soutien social, mais présuppose la présence d'autres ressources comme l'éducation, l'engagement social et le traitement thérapeutique (Anderson et Hiersteiner, 2008; Draucker *et al.*, 2011; Herman, 1998). Ensuite, la croissance post-traumatique élabore grandement sur le type de résultats positifs pouvant surgir à la suite d'un processus de rétablissement, mais le concept de guérison ne présume pas la forme que prendront ces résultats positifs. Cet aspect de la théorie de guérison lui donne l'avantage de représenter la nature du rétablissement traumatique et des changements qui s'y opèrent de manière plus compréhensive, nuancée et unique à la personne survivante.

Toutefois, l'une des lacunes dans la littérature sur la guérison des survivant(e)s d'ASE est qu'il existe une tendance à combiner les expériences des hommes et des femmes, malgré le fait que, selon Draucker, leurs expériences de rétablissement diffèrent (voir Draucker, 1992, et Draucker et Petrovic, 1996). Ainsi, les deux seules études recensées se concentrant sur une population de femmes survivantes et ayant comme fondement théorique le modèle de guérison pour conceptualiser le rétablissement, ont été réalisées par Draucker (1992) et Arias et Johnson (2013).

Les 11 survivantes de l'étude qualitative phénoménologique de Draucker (1992) ont décrit leur expérience de rétablissement comme un processus laborieux, actif et constructif, impliquant l'acte de bâtir une résidence (métaphorique) pour le soi au sein du monde. Cette nouvelle résidence est composée de trois éléments principaux, dont le fait de construire une nouvelle relation envers soi, d'établir une meilleure régulation des relations interpersonnelles, de même que le fait d'influencer positivement leur communauté. Pour leur part, les 10 participantes

de l'étude phénoménologique plus récente d'Arias et Johnson (2013), racontent l'histoire d'un rétablissement qui repose sur les relations de soutien significatives, sur des caractéristiques internes (p.ex. le sentiment de force personnelle, l'optimisme, l'efficacité de soi, la persévérance) et le recours à des sources de guérison active comme la thérapie, le bénévolat et l'éducation. Leur rétablissement a aussi été ponctué par des points tournants, dont des moments caractérisés par la prise de décision de s'engager dans le processus de guérison stimulé par l'émergence d'anciens patrons psychologiques et relationnels associés à leur histoire traumatique.

### **1.3. Limites de la littérature et objectifs de l'étude actuelle**

Le nombre limité d'études portant sur le processus de rétablissement traumatique des survivant(e)s d'ASE souligne le besoin d'investiguer la question davantage, afin d'avoir une meilleure compréhension du phénomène. En fait, une meilleure compréhension du processus de changement impliqué dans le rétablissement des séquelles offrira des pistes d'interventions mieux définies pour les clinicien(ne)s et les survivant(e)s engagés dans ce travail actif de rétablissement. De plus, il existe actuellement très peu d'études offrant une perspective provenant des survivant(e)s eux(elles)-mêmes, et, puisque que ceux(elles)-ci sont les expert(e)s de leurs propres expériences de rétablissement, il s'avère essentiel de leur donner une voix afin d'apprendre davantage sur les nuances et la richesse de leur vécu. Finalement, bien que les femmes soient les plus à risque de subir une ASE, les études sur le rétablissement mettant l'emphase sur l'expérience des femmes se font rares.

À la lumière de ces limites, l'étude actuelle tentera de contribuer de manière significative à la littérature, à l'aide d'une exploration phénoménologique de l'expérience de rétablissement

traumatique de 25 femmes survivantes d'ASE. L'objectif principal sera d'explorer comment elles décrivent les changements impliqués dans ce processus de rétablissement et la manière dont, selon elles, s'opèrent les changements en question au sein de ce processus. Finalement, cette étude sera la première à investiguer ce sujet dans une population québécoise-francophone.

## CHAPITRE II

### MÉTHODOLOGIE

Un devis de recherche qualitatif est privilégié pour l'étude actuelle, puisque celle-ci vise à documenter l'expérience des participantes survivantes d'ASE en ce qui concerne leur processus de rétablissement traumatique. Une approche qualitative permettra de faire émerger cette expérience en dégagant le sens que donnent les participantes à leurs expériences de vie, pour ensuite formuler une compréhension représentative de leur vécu en lien avec les objectifs de l'étude actuelle (Paillé et Mucchielli, 2016).

#### 2.1. Participantes

Les participantes de cette étude sont vingt-cinq (n=25) femmes québécoises victimes d'ASE, âgées de 28 à 60 ans (âge moyen de 40,9 ans), et ayant en moyenne 1,8 enfant. Elles sont presque exclusivement d'origine ethnoculturelle caucasienne, et environ la moitié d'entre-elles (n=12) ont un niveau d'éducation post-secondaire. Elles sont toutes mères biologiques ou adoptives d'au moins un enfant (âgé entre 6 mois et 32 ans). Ces femmes ont été agressées sexuellement une ou plusieurs fois par des personnes de leur famille immédiate, de leur famille élargie, par quelqu'un de leur entourage ou par un inconnu. De plus, tel qu'en fait foi le tableau 3, certaines ont été agressées sexuellement par un seul agresseur et d'autres l'ont été par plusieurs agresseurs au cours de leur enfance.

Tableau 3. Liste des participantes de l'étude

<b>Pseudonymes</b>	<b>Âge</b>	<b>Âge au premier enfant</b>	<b>Nombre d'enfants</b>	<b>Agresseur(s)</b>
<i>Claudine</i>	30	18	3	Multiples
<i>Ghislaine</i>	49	19	3	Grand-père
<i>France</i>	40	25	2	Multiples
<i>Josée</i>	41	25	2	Père
<i>Anita</i>	48	30	2	Père
<i>Manon</i>	54	22	1	Inconnu
<i>Daphnée</i>	36	27	1	Père
<i>Louise-Marie</i>	33	33	2	Cousin, famille élargie
<i>Geneviève</i>	28	28	1 + (enceinte)	Beau-père
<i>Linda</i>	40	19	1	Père
<i>Lilliane</i>	55	20	1	Connaissance
<i>Joanne</i>	60	26	1	Multiples
<i>Jacinthe</i>	47	20	1	Multiples
<i>Nancy</i>	37	21	3	Père
<i>Stéphanie</i>	36	25	1	Multiples
<i>Martine</i>	28	28	1	Connaissance
<i>Caroline</i>	42	27	2	Multiples
<i>Chantal</i>	40	19	3	Fréquentation amoureuse
<i>Monique</i>	53	28	2	Multiples

<i>Valérie</i>	28	25	3	Multiples
<i>Claire</i>	34	24	1	Frères
<i>Marie-Ève</i>	30	25	1 + (enceinte)	Multiples
<i>Mélanie</i>	30	18	1	Multiples
<i>Christiane</i>	40	20	1	Multiples
<i>Brenda</i>	54	24	3	Multiples
<b>Moyenne</b>	<b>40,9</b>	<b>24,5</b>	<b>1,8</b>	

## 2.2. Procédures

Cette étude a été menée à partir de données secondaires provenant de l'entièreté des données d'un projet sur les trajectoires de vie de mères victimes de mauvais traitements dans l'enfance, dont le chercheur principal est Marc Tourigny, Ph.D de l'Université de Sherbrooke. L'utilisation des données de l'étude primaire pour l'étude actuelle a été approuvée par le Comité d'éthique et de recherche de l'Université du Québec en Outaouais (voir Annexe B - Certificat d'éthique et de recherche, étude de Natalie Charron, Karine Baril et Amélie Couvrette).

### 2.2.1. Stratégies de recrutement et procédure

Les participantes de l'étude primaire ont été recrutées entre 2008 et 2011 à l'aide d'un échantillonnage de convenance dans les communautés de Montréal et Sherbrooke à l'aide d'annonces placées dans différents journaux locaux, sites Internet ciblés, babillards publics et autres ressources offrant des services aux femmes victimes d'agression sexuelle. Les participantes

ciblées par l'étude étaient des mères de 18 ans et plus, qui s'identifiaient comme ayant subi une ou des agressions sexuelles avant l'âge de 18 ans, et qui avaient une bonne maîtrise de la langue française. Les femmes intéressées à participer communiquaient avec la personne responsable du projet, et si elles rencontraient les critères (c'est-à-dire, femme adulte s'exprimant en français, étant mère biologique ou adoptive d'au moins un enfant, et considérant avoir été agressée sexuellement avec contact au moins une fois avant l'âge de 18 ans), deux rencontres étaient planifiées avec elles dans les locaux de l'Université de Sherbrooke (campus de Longueuil ou Sherbrooke), ou exceptionnellement à leur domicile. Considérant la durée de l'entrevue, celle-ci était menée lors de deux rencontres d'une durée moyenne 90 minutes chacune et était enregistrée en format audio, puis retranscrite. Une compensation monétaire de 20\$ a été accordée aux participantes pour leurs déplacements et de 80\$ pour la passation des deux entrevues afin de dédommager le temps qu'elles ont accordé à ce projet.

### ***2.2.2. Guide d'entretien***

L'étude primaire comportait un entretien réalisé d'un guide d'entrevue inspiré du *Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency* (MTRR ; Harvey *et al.*, 2003). Le MTRR est une entrevue clinique semi-structurée sur l'histoire de vie, conçue pour décrire les domaines de traumatisme et de résilience chez des sujets ayant vécu un trauma interpersonnel, tel que l'agression sexuelle (Harvey *et al.*, 1995). Cet outil multidimensionnel a été conçu et validé auprès de femmes adultes et permet de documenter l'histoire de vie et les conséquences des traumas complexes dans huit domaines de fonctionnement (Harvey *et al.*, 1995). Les domaines de fonctionnement du MTRR sont la maîtrise de la mémoire, l'intégration de la mémoire et des

affects, la tolérance et régulation des affects, la maîtrise des symptômes, l'estime de soi, la cohésion de soi, l'attachement sécurisant et le sens attribué au trauma.

L'entretien de dix-neuf (19) questions ouvertes prend la forme d'un récit de vie : les participantes étaient invitées à raconter leur histoire en débutant d'aussi loin qu'elles se souviennent dans leur enfance, en remontant le fil du temps jusqu'à aujourd'hui. L'entrevue MTRR a été adaptée pour la présente étude (voir Annexe C- MTRR modifié). Celle-ci a aussi été traduite de l'anglais au français et deux questions sur l'expérience de la maternité ont été ajoutées afin de discerner la manière dont s'insère ce sujet dans leur histoire de vie (voir items en rouge de l'Annexe X- MTRR modifié). De plus, le MTRR a été adapté de manière à s'assurer que soient documentés les événements marquants de l'enfance, de l'adolescence, de la transition à la maternité, ainsi que l'exercice du rôle parental. Finalement, il a été modifié afin de documenter les sphères de fonctionnement psychologique, relationnel et familial à travers ces différents stades de vie. Les sous-dimensions investiguées pour chaque question ouverte ont été inscrites dans le guide d'entrevue et la personne qui menait l'entretien pouvait intervenir pour inciter les participantes, afin que différents aspects de leurs expériences traumatiques soient explorés dans l'entretien. Chaque participante a été rencontrée pour deux entretiens qualitatifs semi-structurés d'une durée approximative d'une heure et trente minutes chacune. Tous les entretiens ont été enregistrés sous forme de fichiers audio numériques et retranscrits par la suite.

### **2.3. Stratégie d'analyse**

La stratégie d'analyse de cette étude est ancrée dans une position épistémologique phénoménologique afin de permettre une transaction expérientielle avec le monde-vie des

participantes (Creswell et Creswell, 2018; Creswell et Poth, 2018; Paillé et Mucchielli, 2016). La psychologie phénoménologique a pour objectif l'étude des phénomènes dont l'individu fait l'expérience, où le phénoménologue cherche à décrire cette expérience telle que présentée par l'individu, à la première personne, et dans toute sa signification (Bachelor et Joshi, 1986). Cette méthode d'investigation vise donc, en premier lieu, à décrire de manière systématique ce qui émerge dans ce vécu et, en deuxième lieu, à élucider la signification essentielle de celui-ci (Bachelor et Joshi, 1986). De plus, le phénoménologue cherche à dévoiler ces essences et leurs significations en éliminant, autant que possible, toutes présuppositions philosophiques, notions conceptuelles, ainsi que notions culturelles antérieures et implicites (Bachelor et Joshi, 1986). Ceci permet d'accéder à une description et une compréhension de l'expérience première de l'individu en interaction avec son monde (Bachelor et Joshi, 1986).

Dans l'étude actuelle, cette transaction phénoménologique avec le contenu des entrevues a permis la rencontre des expériences des participantes et d'un projet de compréhension de l'essence de leur vécu commun, en ce qui concerne leur rétablissement traumatique (Creswell et Creswell, 2018; Creswell et Poth, 2018; Paillé et Mucchielli, 2016). Les méthodes d'analyse ont été inspirées de l'analyse phénoménologique interprétative (API) proposée par Smith *et al.* (2009).

Ancrée dans les écoles de pensée phénoménologique, herméneutique et idéographique, l'approche API se veut flexible et ne se rapporte pas à un protocole particulier (Smith *et al.*, 2009). Elle est caractérisée par la présence d'une prise de position analytique et porte une attention particulière sur le point de vue distinct et personnel de ses sujets, ainsi que sur la manière dont ceux-ci tentent de donner un sens à leurs expériences de vie (Smith *et al.*, 2009). De plus,

l'approche API implique un engagement dans un cycle itératif et inductif, qui débute dans le particulier pour aller vers l'expérience partagée, et qui vise à extraire des interprétations à partir de matières descriptives (Smith *et al.*, 2009). Son produit final est caractérisé par une herméneutique double, à savoir la manière dont le chercheur saisit la façon dont le sujet comprend son expérience (Smith *et al.*, 2009). Ce processus d'analyse se veut indéterminé, tout en portant les qualités d'être dialogique, systématique, rigoureux et vérifiable (Smith *et al.*, 2009).

Bien que l'approche API puisse prendre plusieurs formes et n'exige pas l'adoption d'une méthode d'analyse prédéterminée, Smith *et al.* (2009) proposent quatre grandes étapes pour orienter les chercheurs, et ce sont ces étapes qui ont été entreprises dans l'analyse des entrevues de l'étude actuelle.

Étape 1) *Lecture et relecture des entrevues* : à cette étape, la chercheuse s'est immergée dans les données de l'étude en se familiarisant avec le contenu de chaque entrevue. L'objectif principal de cette étape est de placer les participantes au centre des analyses et s'assurer que celles-ci restent le point focal. La chercheuse a réalisé cette étape en s'abstenant de toute interprétation possible du contenu des entrevues. La chercheuse de l'étude a complété cette étape seule.

Étape 2) *Notations initiales* : la chercheuse a ensuite inscrit des notes dans les marges de chaque entrevue sur toute matière liée au sujet de l'étude ayant une importance particulière pour les participantes. Ces notes étaient de nature descriptive et portaient sur le contenu explicite apporté par ces femmes, ainsi que sur la manière dont elles semblaient parler et comprendre ce contenu. L'objectif de cette étape était d'éviter l'interprétation et de rester le plus près possible de ce que les participantes rapportaient. Toutefois, la chercheuse s'est aussi engagée dans un

processus simultané de réflexion initiale sur la signification conceptuelle des propos notés, ce qui a été recueilli dans un document à part. Cette deuxième étape a aussi été complétée par la chercheuse de l'étude.

Étape 3) *Élucider les thèmes émergents*: l'objectif principal de cette étape est de réduire le volume de détails descriptifs soulignés dans chaque entrevue, en thèmes captant l'essence phénoménologique d'une expérience particulière soulevée par les participantes [8].

Étape 4) *Trouver les liens entre les thèmes émergents* : à cette étape, tous les liens significatifs entre les thèmes émergents de l'étape précédente ont été notés afin de développer une grille thématique composée de thèmes principaux et de leurs sous-thèmes. Ceux-ci ont été regroupés, soit en raison d'une récurrence importante, d'un chevauchement conceptuel significatif, ou d'un élément contextuel récurrent (p.ex. un événement critique). Il est à noter que, tel que recommandé par Smith *et al.*, 2009, tous les thèmes se retrouvant dans plus d'un tiers des entrevues ont été catégorisés comme thèmes principaux. Cette étape ainsi que l'étape trois de l'analyse ont été sujettes à un processus itératif de validation consensuelle entre la chercheuse et les deux directrices de cette étude. Quatre rencontres délibératives ont été nécessaires afin d'atteindre un degré d'accord satisfaisant sur les thèmes émergents entre les juges.

Par la suite, les extraits d'entrevue liés aux thèmes et sous-thèmes de la grille d'analyse ont été regroupés dans un seul document. Les nuances de chaque thème et sous-thème ont ensuite été notées directement dans ce document. Finalement, les concepts théoriques en lien avec les thèmes, sous-thèmes et leurs nuances, recueillis dans un document à part depuis l'étape deux des analyses, ont permis aux chercheurs de l'étude d'entreprendre un processus interprétatif des données de

l'étude. Les résultats de ce processus interprétatif sont abordés dans le prochain chapitre de cet essai. Il est à noter que Smith *et al.* (2009) soulignent que chaque étape de l'analyse éloigne progressivement le chercheur du contenu explicite des entrevues et l'emmène peu à peu vers une position interprétative. Cependant, Smith *et al.* (2009) avancent que puisque ce dernier entreprend un processus d'immersion dans le contenu de chaque entrevue au tout début de l'analyse, cette compréhension interprétative des entrevues est caractérisée par une collaboration entre le(s) chercheur(s) et les participants d'une étude.

## **CHAPITRE III**

### **RÉSULTATS**

L'analyse de l'histoire de vie de ces femmes a révélé trois grands thèmes transversaux à leur rétablissement traumatique. Non séquentiels, ces thèmes s'inter-influencent de manière dynamique. Ainsi, ils émergent parfois simultanément et, d'autres fois, se construisent les uns sur les autres. De plus, il faut préciser que pour ces femmes, l'agression sexuelle n'est qu'une des formes de violence dans leur enfance et dans leur vie en général. Ces analyses considèrent donc non-seulement les expériences d'ASE mais aussi d'autres formes de violences, soit la violence physique, psychologique et émotionnelle, et ce, tout au long de leur vie.

Un premier thème se caractérise par une évolution de leur compréhension des problèmes du passé et du présent. Cette évolution concerne des prises de conscience sur la signification de la violence interpersonnelle qu'elles ont vécue et de ses causes. Ceci semble servir de tremplin pour faire émerger une meilleure compréhension des séquelles de cette violence, ainsi qu'une meilleure compréhension de soi chez ces femmes. Un deuxième thème concerne la présence d'un mouvement vers l'amélioration de l'expérience à soi, ceci à travers une nouvelle acceptation, affirmation et valorisation de soi. Un troisième thème concerne le contexte interpersonnel dans lequel ce cheminement personnel (retrouvé dans le deuxième thème), émerge dans l'histoire de ces femmes. Une amélioration de l'expérience à soi devient parfois un moteur de changements relationnels. D'autres fois, c'est la présence d'un cheminement sur le plan interpersonnel qui incite des changements personnels. Les prochaines sous-sections détailleront la teneur de chacun des thèmes évoqués en s'appuyant sur des extraits de verbatim.

### **3.1. Une prise de conscience graduelle des problèmes de violence vécus en enfance et de leurs implications**

#### ***3.1.1. Une compréhension en émergence des problèmes de violence survenus dans leur enfance***

L'émergence d'une compréhension des problèmes de violence survenus dans leur enfance se manifeste de trois manières dans les propos des femmes rencontrées. Tout d'abord, elles partagent avoir fait une prise de conscience quant à la présence même de ce vécu de violence. Par la suite, elles donnent un sens à leurs expériences de violence en approfondissant leur compréhension du contexte ayant permis ce vécu, à savoir, les dynamiques familiales malsaines et les capacités limitées de leurs parents. Finalement, à cette compréhension, s'ajoute un processus de déculpabilisation dans lequel elles cessent de se sentir responsables de cette violence. Les trois composantes de ce premier sous-thème s'inter-influencent et se présentent de manière non séquentielle dans l'histoire de vie de ces femmes.

Un premier élément se révèle dans le propos de près des trois quarts de ces femmes, qui expliquent avoir acquis ou être en processus d'acquisition, d'une compréhension de la présence de violence dans leur enfance (p.ex. négligence physique et/ou affective, violence psychologique, physique et/ou sexuelle). Bien qu'il y ait de la variabilité en ce qui concerne l'âge auquel elles commencent à déchiffrer ces problèmes, le type de violence précis, de même que la raison qui déclenche ces prises de conscience, cette compréhension émerge et évolue à travers le temps au cours de la vie de ces femmes.

Pour une douzaine d'entre elles, cette première prise de conscience se fait dès un très jeune âge.

Monique, par exemple, exprime avoir constaté dès l'âge de quatre ans que son seul contact avec sa mère était lorsqu'elle était victime de la violence de celle-ci. Ce constat s'est développé grâce à son observation de modèles de relations parent-enfant plus sains dans son voisinage qui lui ont permis de comparer sa situation.

*« J'ai des souvenirs quand j'avais 4 ans que Madame V. à côté, qui avait une fille du même âge, qui avait les cheveux longs aussi, souvent elle s'asseyait sur le balcon dehors et elle peignait les grands cheveux de sa fille. Je regardais ça et je me disais wow ! Il y a une mère qui brosse les cheveux de sa fille. Moi, les seuls contacts que j'avais avec ma mère, c'était quand elle me battait. »* (Monique, 53 ans)

Elle constate aussi à l'âge de sept ans, en observant la violence conjugale entre ses parents, que son propre foyer n'était pas sécuritaire pour elle.

*« J'avais peut-être sept ou huit ans, ça allait déjà très mal à la maison. Mon père battait ma mère devant nous... Je trouvais ça affreux... Je faisais des cauchemars... C'était un sentiment vraiment d'être menacée, d'être prisonnière. Et puis, à cette époque-là, je me suis parlée. Je me suis dit, là Monique, tu es pas dans une bonne maison. Ça va pas bien ici et va falloir que tu prennes ton mal en patience parce que ça va aller mal jusqu'à temps que tu partes de la maison... À sept ou huit ans, je me suis dit ça. »* (Monique, 53 ans)

France, pour sa part, explique que sa situation de violence, de négligence extrême et d'exposition à la prostitution et à la consommation de drogues de sa mère, était normale pour elle pendant son enfance, car elle n'avait pas connu autre chose. Ce n'est que lorsque son père obtient sa garde, à l'âge de huit ans, qu'elle commence à comprendre que ce qu'elle avait vécu chez sa mère était malsain. Son père était en mesure de lui offrir un foyer stable et structuré, dans lequel

plusieurs de ses besoins matériels et émotionnels étaient comblés. Elle avait donc, pour la première fois, un point de comparaison, lui permettant de saisir la réalité de sa situation chez sa mère.

*« Jeune, je ne me suis pas demandé pourquoi je vivais de telles situations...Je n'avais pas de comparatif, donc je ne pouvais pas dire si c'était bien ou mal ce que je vivais [chez ma mère]. C'est par la suite, lorsque je suis allée vivre chez mon père et que toutes ces choses-là n'étaient plus là, que j'ai pu me dire qu'il s'était passé quelque chose. » (France, 40 ans)*

Les propos des femmes suggèrent que d'avoir un modèle familial alternatif leur a permis de réaliser qu'elles éprouvaient des difficultés dans leur milieu d'origine. Bien que certaines d'entre elles comprennent très tôt que les circonstances de leur enfance étaient nuisibles, pour d'autres, ce n'est qu'à l'âge adulte qu'elles ont été en mesure de saisir qu'elles avaient aussi subi des agressions sexuelles, en plus de la violence physique et psychologique qui se retrouvaient dans leur famille d'origine.

Par exemple, Caroline raconte que ses souvenirs d'agressions sexuelles ont été refoulés et n'ont ressurgi que lorsque son enfant a atteint l'âge qu'elle avait elle-même, lors de ses propres agressions. Avec l'aide d'une psychologue, elle a été en mesure d'identifier clairement la nature de son vécu, qui, auparavant, n'avait émergé que sous forme de cauchemars incompréhensibles.

*« Ma psychologue me dit que j'aurais pas été capable de vivre avec [mes souvenirs de ces agressions sexuelles] si c'était revenu avant. C'était trop gros. Fallait que je l'envoie plus loin... C'est juste que j'étais pas capable de le dire. Je m'en souvenais plus, mais ça ressortait dans mes rêves. Il y avait tout ça qui ressortait... » (Caroline, 42 ans)*

Pour Monique, cependant, le déclencheur permettant le constat de ses agressions sexuelles au cours de l'enfance est moins évident. Bien qu'en étant beaucoup plus jeune, elle ait tout de même été en mesure de comprendre d'autres aspects de son expérience (p.ex. le fait que sa mère était violente avec elle et que son foyer était malsain), elle a réalisé la signification des gestes de son père, seulement lors de sa vingtaine et ce, de manière spontanée.

*« C'est bin bin plus tard, à l'âge de vingt et un ou vingt-deux ans, un jour, je sais pas ce qui s'est passé, mais je me suis réveillée et je me suis dit : ah maudit! C'est ça [des agressions sexuelles] qu'il (son père) faisait ! »* (Monique, 53 ans)

De plus, leur compréhension des problèmes de violence évolue à travers le temps. Non seulement ces femmes constatent que leur vécu d'enfance se caractérise par la violence sexuelle, mais elles soulignent dans leur propos que ces problèmes sont survenus dans un contexte de dynamique familiale malsaine ayant permis, et même soutenu, ces agressions. Ainsi, comprendre le contexte ayant autorisé cette violence permet à ces femmes d'approfondir le sens qu'elles donnent à leur vécu.

Claire décrit, notamment, un processus qu'elle a entrepris récemment dans lequel elle se questionne et tente de s'éduquer sur les dynamiques familiales qui rendaient possibles les agressions sexuelles en enfance. Ses propos suggèrent la présence d'efforts de sa part pour comprendre comment elle a pu être la seule à être agressée sexuellement parmi les membres de sa fratrie. Ainsi, contrairement à ses sœurs, elle n'avait pas accès à la protection parentale requise pour prévenir ou arrêter les agressions sexuelles de ses frères.

*« J'ai commencé à parler de mes agressions sexuelles plus ouvertement depuis un an... J'ai fait des recherches là-dessus et c'est là que j'ai découvert pourquoi c'était moi qui avais été*

*abusée par mes deux frères... Parce que j'étais la victime parfaite. Mes deux sœurs étaient protégées par mes parents, tandis que moi, je n'avais aucune ressource. J'étais la victime parfaite, ils savaient très bien que même si je parlais, je ne serais pas crue. » (Claire, 34 ans)*

Josée, pour sa part, décrit un processus de découverte à l'âge adulte dans lequel, à travers des échanges avec ses sœurs aînées, elle prend conscience qu'au moment de leur départ du foyer familial, elle ne bénéficiait plus de la même protection, ce qui l'aurait rendue plus vulnérable aux agressions sexuelles de son père.

*« Pis t'sais, là, mes deux sœurs les plus vieilles, y ont expliqué qu'elles avaient la clé pour protéger, pis les deux filles qui ont pas été abusées, eux autres, y disaient qui pensaient que peut-être qu'elles avaient été protégées parce qu'à cette époque-là, mes sœurs les plus vieilles étaient encore à la maison, t'sais. Pis moi, comme je te dis, quand ça m'est arrivé, bin là, y avait pu beaucoup de grandes sœurs à la maison, là. Faque peut-être que ces deux filles-là ont vraiment été là... » (Josée, 41 ans)*

Ensuite, des prises de conscience des capacités limitées de leurs parents émergent dans le discours de plusieurs survivantes rencontrées. Ceci se rajoute à leur compréhension des causes de la violence qu'elles ont subie en enfance et suggère un autre approfondissement du sens attribué à ce vécu.

Par exemple, Joanne raconte avoir effectué un travail de réflexion sur sa relation avec sa mère, à la suite de son décès. Elle explique avoir compris que l'absence de protection et le manque de réponse à ses besoins émotionnels de la part de sa mère étaient, entre autres, en raison de l'éducation reçue par ses propres parents, en plus d'un sentiment de débordement résultant du

grand nombre d'enfants sous sa charge. Dans cet extrait, Joanne exprime avoir réalisé que sa mère l'aimait, mais que la capacité de cette dernière à combler ses besoins était grandement limitée.

*« J'avais réalisé que ma mère m'avait aimée selon sa capacité et sa compréhension. C'était correct. Mais, moi, elle ne m'aimait pas dans ma tête...Elle me laissait toute seule tout le temps.*

» (Joanne, 60 ans)

De plus, Stéphanie raconte avoir compris à l'âge adulte que sa mère n'était pas, et n'est toujours pas, consciente de l'impact qu'elle a eu sur elle durant son enfance (c.-à-d. négligence extrême de ses besoins de base et violence psychologique), en raison des pertes de mémoire encourues par sa consommation de drogues dures.

*« Mais, j'ai compris avec le temps...Elle (sa mère) ne s'en rappelle pas de ces affaires-là [de sa négligence et de son abus psychologique]. Fait que, j'ai comme arrêté de lui en vouloir quand j'ai compris que de toute façon, elle s'en souvenait pas. Parce que j'étais toute seule pognée avec ça, moi. Tu sais, je me suis rendu compte de ça, là je lui en veux, je lui en veux, je lui en veux, puis elle ne sait même pas pourquoi... »* (Stéphanie, 36 ans)

Stéphanie explique aussi que cette prise de conscience l'a aidée à accomplir une tâche importante sur son cheminement de rétablissement, c'est-à-dire, de relâcher sa colère et d'accepter sa mère telle qu'elle a été dans le passé et telle qu'elle est aujourd'hui, avec toutes les limites que cela implique.

Par ailleurs, en plus de cheminer quant à leur compréhension de leur vécu de violence et de ses causes possibles, une demi-douzaine des femmes rencontrées a mentionné une prise de conscience concernant le fait qu'elles ne sont pas responsables de la violence qu'elles ont subie au

cours de leur vie, incluant la violence sexuelle. Elles partagent avoir compris avec le temps qu'elles n'étaient pas la cause de cette violence, mais qu'elles en étaient plutôt les victimes.

Ainsi, en constatant comment les diverses composantes de sa situation familiale en enfance ont pu rendre possible la violence sexuelle, Jacinthe exprime avoir compris que cette violence n'était pas sa faute. Elle partage que cette nouvelle perspective diffère qualitativement du discours interne qu'elle portait dans le passé, dans lequel elle avait tendance à croire qu'elle avait été abusée en raison de certains de ses défauts ou attributs, ou d'un manque d'intelligence.

*« Avant, je pensais que c'était de ma faute [mes agressions sexuelles], je pensais que je le méritais, que j'étais naïveuse... Aujourd'hui, c'est simplement parce que j'étais la bonne victime, au bon endroit, que j'étais disponible pour mes frères et que ma mère n'était pas là. C'est comme ça. »* (Jacinthe, 47 ans)

Mélanie raconte aussi avoir entrepris ce processus de déculpabilisation et elle identifie que la thérapie a joué un rôle central dans cette étape. Selon elle, cette plateforme de réflexion (c.-à-d. la thérapie) lui a offert une nouvelle façon de comprendre les rôles et responsabilités des adultes dans la vie d'un enfant. Elle explique avoir saisi qu'un adulte a, entre autres, la responsabilité de respecter les limites d'un enfant, de protéger ce dernier lorsqu'il est en danger, et qu'un enfant n'est pas responsable des gestes d'un adulte. Ceci semble lui avoir permis de se défaire d'un sentiment de responsabilité concernant les agressions qu'elle a subies en enfance.

*« Je me suis sentie responsable longtemps. Avec la thérapie que je viens de faire, je réalise là que je ne l'ai pas demandé, je ne l'ai pas mérité... C'était lui qui n'était pas correct... C'était à lui de ne pas faire ça. Pendant trente ans, j'ai pensé que c'était de ma faute, que j'avais couru*

*après. Dernièrement, mon père m'a dit : « on t'avait avertie et tu n'as pas fait attention. » C'est ça que j'ai entendu toute ma vie. J'étais contente de dire à mon père que je ne voulais pas l'entendre parce que ce n'était pas vrai... Tu ne peux pas dire à un enfant que tu lui avais dit et qu'il n'a pas fait attention. Ce n'était pas de ma faute. Maintenant je le sais... » (Mélanie, 30 ans)*

En résumé, l'émergence d'une nouvelle compréhension des problèmes de violence dans leur enfance est, pour les femmes rencontrées, caractérisée par des prises de conscience sur la présence de violence dans leur enfance et de ses causes possibles. Cette nouvelle compréhension semble offrir un sens à cette victimisation et venir déclencher, pour certaines d'entre elles, un processus de déculpabilisation vis-à-vis de cette violence, incluant l'agression sexuelle.

### ***3.1.2. Émergence d'une compréhension des séquelles actuelles de la violence subie en enfance***

L'évolution dans la compréhension de ces femmes quant aux problématiques de violence de leur enfance leur offre plus d'information concernant le contexte dans lequel elles se sont développées. Pour près de la moitié d'entre elles, ceci semble leur avoir permis de faire un lien entre les événements de leur enfance et leur vécu en tant qu'adulte, se caractérisant par une panoplie de symptômes (p.ex. anxiété, dépression, problèmes d'estime de soi, difficultés dans la régulation des émotions, difficultés sexuelles, etc.). En effet, elles sont désormais en mesure, à l'âge adulte, de caractériser leurs symptômes comme des séquelles de la violence durant leur enfance.

Tout d'abord, plusieurs survivantes rencontrées expriment avoir pris conscience que leur vision négative d'elles-mêmes s'était formée en raison d'une dévalorisation constante de la part des adultes importants dans leur vie, y compris leur agresseur. Chantal, par exemple, explique

avoir été en mesure de faire le lien entre les sentiments négatifs qu'elle entretenait envers elle-même, comme une faible estime et un manque de confiance en elle, et les gestes de sa mère. Elle raconte, dans cet extrait, avoir compris que ceci a eu pour effet de freiner son avancement professionnel.

*« Là je m'étais dit : comment je fais pour être un peu saine d'esprit avec la mère que j'ai eue. Mais, en fait, moi mes faiblesses je pense que c'est vraiment un manque d'estime de moi-même. Des fois je pense que je suis pas capable de le faire... Des fois on me dit : tu pourrais le faire. Je disais non non non. Et sur plein d'affaire, je suis sûre que je serai rendu bien plus loin... »* (Chantal, 40 ans)

De plus, plusieurs femmes rencontrées rapportent des difficultés sur le plan sexuel et certaines d'entre elles partagent avoir fait un lien entre leur passé d'agressions sexuelles et leurs expériences sexuelles actuelles. Dans cet exemple, Brenda explique que, selon elle, certains souvenirs d'agressions émergent tranquillement dans sa conscience, mais ne sont accessibles qu'à travers les réactions de son corps.

*« Y (son conjoint) dit : « j'ose même pu, y dit, te coller, y dit te, te, te frôler parce que tu jump dans le lit. » Je crie pas, mais je sursaute... fait que mon corps se souvient de certaines agressions que moi je me souviens pas encore [consciemment]. »* (Brenda, 54 ans)

Par la suite, en ce qui concerne les séquelles qui se manifestent dans leur relation avec leurs enfants, quelques-unes de ces femmes survivantes font le lien entre leurs comportements violents face à ces derniers, ainsi que la violence qu'elles ont elles-mêmes subie pendant l'enfance. Par

exemple, Manon rapporte avoir pris conscience que l'agressivité dont elle fait preuve avec son enfant est, en fait, une répétition de la violence de son enfance.

*« Lorsque tu te rends compte que c'est seulement une victime rendue adulte. Je me suis rendu compte que je reproduis les mêmes choses avec mon fils. Je ne suis pas meilleure que lui [mon père]. »* (Manon, 54 ans)

### ***3.1.3. Une meilleure compréhension de soi en émergence***

Une meilleure compréhension des séquelles du vécu de violence de leur passé permet à ces femmes de mieux se comprendre à l'âge adulte, et en identifiant les problèmes actuels qui découlent de leur passé, une motivation pour s'améliorer sur les plans émotionnel et interpersonnel se révèle dans leur propos. Selon elles, cette évolution se caractérise, entre autres, par l'acquisition d'une meilleure compréhension de leurs émotions, ce qui les amène à vouloir apprendre à mieux composer avec celles-ci. De plus, leur constat de la présence de problèmes dans leurs relations interpersonnelles actuelles, qui sont des séquelles de leur passé de violence, devient aussi, pour certaines, une motivation pour s'améliorer sur ce plan dans leur vie d'adulte.

Par exemple, Josée, qui se décrit comme ayant été anxieuse et généralement méfiante durant un long moment de sa vie, décrit un nouveau processus dans lequel elle identifie que la présence de ses peurs est un obstacle et qu'elle doit les affronter activement.

*« En confrontant mes peurs, je me rassure aussi, pis je me rends compte que moins tu as peur, moins y t'arrive de choses. En ski, quand tu as peur, souvent, tu vas tomber. Faque y faut que tu te relèves. Pis affronter mes peurs, ça a été...Bin, ça a été quelque chose de spécial pour moi... »* (Josée, 41 ans)

De plus, dans les propos de Mélanie, le souhait de continuer ce travail personnel d'apprendre à connaître ses émotions et d'améliorer sa manière de composer avec celles-ci, se révèle grâce à la thérapie. Elle rapporte, dans cet extrait, qu'à la suite du travail qu'elle a effectué pour améliorer son estime de soi, elle souhaite retourner en thérapie pour apprendre à prendre en charge sa colère.

*« J'étais en colère. Je sais qu'il faudrait que j'aie travaillé la colère. J'ai travaillé l'estime de moi, je pense que je serais rendue à la colère. »* (Mélanie, 30 ans)

Par ailleurs, l'évolution sur le plan interpersonnel chez les femmes rencontrées est semblable à l'évolution observée au niveau des émotions. Ces femmes décrivent tout d'abord un processus de prise de conscience et un approfondissement de leur compréhension des problématiques au sein de leurs relations sociales actuelles. Par la suite, elles s'exercent à mieux transiger avec les gens qu'elles côtoient et souhaitent continuer ces améliorations sur le plan interpersonnel.

Ainsi, pour Christiane, un changement s'est opéré face à sa compréhension de son rapport aux hommes. Elle apprend, à la suite d'une relation abusive, que faire trop confiance est nuisible pour elle. Elle explique cette tendance à faire confiance trop facilement par le manque chronique de reconnaissance de la part de ses parents durant son enfance. Ainsi, elle identifie vouloir cesser ce patron nuisible et exprime le désir de s'améliorer sur ce plan.

*« Faut que je fasse vraiment attention à moi, pour pas...Et je le sens quand ils sont trop fins, les charmeurs des fois. Faut se méfier. Et j'ai tendance, des fois, à embarquer là-dedans. J'ai tellement pas été glorifiée ou complimentée quand j'étais jeune, que là je suis facile...Des fois,*

*j'ai tendance à faire trop confiance. Dans mes relations, faut que je fasse attention à ça. Faut que je travaille encore là-dessus.* » (Christiane, 40 ans)

En résumé, un élément important de changement dans le parcours de rétablissement des femmes survivantes de cette étude, s'opère au niveau de leur compréhension de leur vécu de violence et des difficultés auxquelles elles ont fait face, avec lesquelles elles sont encore aux prises. Bien que ce processus de prise de conscience se manifeste de manière variable, ces changements révèlent une évolution sur plusieurs plans. Tout d'abord, on retrouve dans leur discours des constats vis-à-vis de la nature de leur historique de violence et les circonstances permettant la survenance d'un tel vécu. Ces femmes décrivent aussi un processus d'évolution dans la manière dont elles comprennent leur rôle dans leur histoire d'abus, ce qui semble mener à un phénomène de déculpabilisation face à la violence qu'elles ont subie. Il s'ensuit une meilleure compréhension des séquelles de ce vécu de violence, ce qui leur permet de mieux se comprendre à l'âge adulte. Finalement, toutes ces prises de conscience s'accompagnent d'un travail pour s'améliorer sur le plan émotionnel et relationnel dans leur vie actuelle.

### **3.2. Vers l'amélioration de l'expérience à soi**

En plus de l'évolution de la compréhension de leur vécu de violence, de leurs séquelles et de la manière dont celles-ci les affectent à l'âge adulte, un deuxième élément d'importance émerge dans l'histoire de rétablissement des femmes survivantes de cette étude, soit la présence d'un changement qui s'opère au niveau de leur expérience d'elles-mêmes. Ainsi, la manière dont elles se sentent face à elles-mêmes et dont elles se perçoivent se modifie, au fil du temps. Ce changement

se caractérise, plus particulièrement, par l'émergence progressive vers une nouvelle valorisation de soi, une amélioration de l'acceptation de soi, et une amélioration de l'affirmation de soi.

Près d'une dizaine de survivantes rapportent s'être efforcées d'améliorer leur acceptation de soi et ceci se manifeste à plusieurs niveaux. Certaines d'entre elles, par exemple, décrivent une évolution dans l'acceptation de leur corps. France, notamment, décrit une transformation de la perception de son corps, en tant qu'être sexuel et en tant que femme et ce, après plusieurs années à vouloir le cacher.

*« Et j'ai commencé à regarder qui j'étais réellement, accepter ma sexualité, accepter la forme de mes seins. Accepter que je sois une femme... Graduellement, j'ai été capable de me réintégrer et de me dire que c'était moi et de ce que j'avais l'air... La perception que j'avais de moi et la réalité, c'était deux choses distinctes. Je voyais encore un corps de petite fille, alors que j'étais adulte... C'est réglé. »* (France, 40 ans)

D'autres femmes décrivent un processus d'acceptation de leurs expériences internes en expliquant qu'elles apprennent l'importance d'écouter ce qui émerge en elles, que ce soit des émotions, un besoin de prendre soin d'elles, un désir d'explorer quelque chose de nouveau, etc. Ici, Monique explique avoir cru longtemps que la difficulté qu'elle avait à accepter les critiques inappropriées des autres était en raison de son histoire d'abus, plutôt qu'une réaction adaptée. Dans cet extrait, elle explique qu'avec le temps et l'aide d'une thérapie, elle intègre le fait que cette non-acceptation de ce genre de critiques est un besoin d'autoprotection sain et qui est bon pour elle.

*« Et un jour, je me suis dit, va en thérapie ! Vers les dernières années de ma thérapie, je me suis dit que si je suis pas capable d'entendre une vacherie, c'est peut-être parce que je suis*

*normale. Personne est capable d'en entendre, des vacheries. Cette année-là de thérapie, ça m'a permis de m'actualiser... » (Monique, 53 ans)*

Ensuite, Mélanie, qui tend selon elle vers le perfectionnisme, partage apprendre à accepter ses limites davantage lorsqu'elle décrit l'importance de penser à elle et de prendre des pauses lorsqu'elle en a besoin.

*« La thérapie que j'ai faite, je pense à moi. Si ça ne me tente pas de faire la vaisselle, elle va m'attendre. Avant, il fallait que ça soit ramassé et propre, mais maintenant, je ne le fais pas si ça ne me tente pas. Je pense à moi. Les gens peuvent trouver que c'est égoïste, mais je m'en fous... » (Mélanie, 30 ans)*

Par après, cette acceptation de soi, bien que nouvellement émergente, semble être un point de départ important pour l'expression de leurs besoins et de leurs limites dans un contexte interpersonnel. De ce fait, plus de la moitié des femmes rencontrées rapportent avoir fait des changements sur le plan de leur affirmation de soi dans leurs relations avec les autres.

Josée explique qu'après avoir dévoilé son vécu d'agressions sexuelles, elle a commencé à comprendre qu'elle avait tendance à accepter des choses non désirées dans ses relations. Sa nouvelle disposition à vouloir cesser de tolérer les comportements inacceptables (p.ex. le manque de respect, les critiques inappropriées, les violations de frontières, etc.) des autres se révèle dans cet extrait :

*« Pis ça... ça m'a fait beaucoup [de bien]. J'endurais pu des choses que je pense que ce n'est pas correct. T'sais, c'est comme si je m'étais fait avoir. Ce n'était pas correct, pis je ne l'ai pas dit faque là, plus ça allait, moins je tolérais, t'sais. Ça m'a permis de m'assumer beaucoup... » (Josée, 41 ans)*

Pour Marie-Ève, c'était selon elle, l'arrivée de son enfant qui a déclenché une amélioration de son affirmation de soi dans ses relations.

*« Puis, quand [mon fils aîné] est arrivé, ça a vraiment tout changé. Là, j'ai vraiment commencé à devenir moi-même, la journée qu'il est arrivé. Ça a été vraiment un cheminement, autant le temps que je l'ai porté, il y avait eu un début de transformation, je me suis mise à m'affirmer beaucoup plus. J'ai été très très très authentique dans ma relation avec [mon conjoint] aussi, alors qu'avant, je me taisais tout le temps, puis ça me faisait mal, puis là je ressaisais ça...Puis, ouin, ma vie, elle a vraiment changé. Je me suis mise à...Vraiment plus à tenir mes positions. C'est comme un achèvement un peu... » (Marie-Ève, 30 ans)*

Finalement, une demi-douzaine des femmes rencontrées rapporte aussi une amélioration sur le plan de la valorisation de soi.

Par exemple, Jacinthe explique avoir entrepris une transformation dans la façon dont elle se perçoit, qui était autrefois construite à partir des messages dévalorisants constants de sa mère, qui était violente envers elle, psychologiquement. Elle décrit, dans cet extrait, la manière dont ses études l'aident à découvrir ses capacités intellectuelles, que sa mère avait toujours rabaisées, encore aujourd'hui :

*« Aujourd'hui, je vois que je suis une bonne personne. Je vois que je suis capable de réussir des choses. Aujourd'hui, on dirait que c'est un défi que je me lance de tout faire ce que je n'ai pas pu faire lorsque j'étais enfant, ou de tout contredire ce que ma mère a pu dire contre moi. Le fait de bien réussir à l'université, c'est comme de faire un « fuck you » à ma mère... Je pense que j'ai compris que je n'étais pas une personne niaiseuse et stupide...Quand je vois mes notes à l'école, je suis fière... » (Jacinthe, 47 ans)*

Dans l'extrait suivant, la nature interreliée de l'acceptation de soi, de l'affirmation de soi et de la valorisation de soi, est clairement exposée par Mélanie. Lorsque celle-ci décrit les divers apprentissages qu'elle entreprend sur son parcours de rétablissement, Mélanie raconte ses prises de conscience face à la manière dont elle intériorise la dévalorisation (p.ex. manque de respect, insultes, etc.) qu'elle reçoit des autres. De plus, elle partage le fait d'apprendre à accepter ses besoins lorsqu'ils apparaissent et à refuser les mauvais traitements dans ses relations. Elle explique ainsi la manière dont le fait d'avoir commencé à se protéger des dévalorisations qu'elle peut parfois recevoir des autres, lui permet de reprendre un sentiment de valeur personnelle.

*« J'ai trente et un ans et c'est cette année que j'ai vraiment commencé à travailler sur moi. Là, je commence à reprendre ma vraie valeur... Si quelqu'un me traitait de niaiseuse, je me traitais de niaiseuse dans ma tête, à répétition pendant une heure, et c'est donner raison à la personne de faire ça. Je suis contente que maintenant, ce n'est plus le cas. Il n'y a plus personne qui va me traiter de cette façon. Je ne méritais pas ça. Je l'ai réalisé cette année... » (Mélanie, 31 ans)*

### **3.3. Un cheminement personnel à travers les relations**

Les propos des femmes rencontrées dans le cadre de cette étude suggèrent que les changements précédemment évoqués en ce qui concerne l'amélioration de l'expérience à soi, se produisent au sein d'un contexte interpersonnel. Ainsi, parfois, une relation particulière permet d'être en lien avec une personne d'importance qui offre un soutien affectif, un sentiment d'être acceptées et aimées, ou encore, qui offre un modèle sain. Ce soutien accompagne et stimule cette amélioration de leur expérience d'elles-mêmes, qui à son tour, augmente leur tendance à choisir

des relations plus saines et dans lesquelles elles peuvent se permettre de s'épanouir en tant qu'individu. D'autres fois, le contexte relationnel permet à ces femmes de faire des prises de conscience et de mettre en place des changements importants dans leur vie. Par exemple, la menace d'une rupture avec leur conjoint peut activer la volonté de prendre leur vie en main pour conserver la relation.

### ***3.3.1. Un cheminement personnel à travers un conjoint soutenant***

Brenda explique être devenue méfiante et très renfermée dans ses relations, puisqu'elle s'est sentie terrorisée par ses parents durant son enfance. Elle rapporte, toutefois, que puisqu'elle se sent en confiance avec son conjoint, elle apprend à s'ouvrir à lui progressivement. Dans cet extrait, par exemple, elle partage qu'elle réussit à exprimer ses émotions peu à peu, de même que ses besoins dans sa relation conjugale, grâce à l'encouragement de son mari.

*« Mais là, avec mon mari actuel, je travaille fort en mautadit parce qu'y me dit, depuis je suis avec : « là, tu vas parler, tu vas communiquer, faut t'apprennes à parler. » Parce que j'ai jamais pleuré dans ma vie. J'ai tout le temps encaissé pis encaissé, sans vraiment pleurer. Pis là, je pleure dans ses bras, pis je pleure pas rien qu'un peu là. Faut qu'il me serre fort pis toute là... Là, je fais rien que commencer à communiquer pis à demander, à demander d'être serrée pis le demander, euh, des choses. Ça s'en vient plus facile... » (Brenda, 54 ans)*

De plus, la présence d'un soutien de la part de leur conjoint a permis à plusieurs de ces femmes de ressentir qu'elles peuvent prendre une place dans leur propre vie et dans leurs relations, tandis qu'elles sentaient qu'on ne leur permettait pas de s'exprimer ou d'être elles-mêmes pendant leur enfance.

Ainsi, Martine raconte une histoire familiale dans laquelle elle devait s'occuper de sa fratrie, puisque sa mère n'avait pas la capacité de prendre ses responsabilités parentales, en raison d'un problème de toxicomanie. Elle explique que lorsqu'elle a tenté de parler de son expérience d'agression sexuelle avec sa mère, cette dernière était submergée par ses propres émotions de culpabilité et de colère. Cette réaction de la part de sa mère laissait Martine avec le sentiment de devenir invisible en présence de sa mère lorsque cette dernière était en perte de contrôle. C'est à la suite de ces expériences qu'elle a décidé de se renfermer dans ses relations et de ne plus parler de ses émotions, besoins, désirs, pensées, etc. Cependant, l'arrivée de son conjoint, qui a réussi à l'écouter sans qu'elle ne se sente submergée par la réaction émotive de ce dernier, l'aide à retrouver le désir de s'ouvrir à nouveau dans le contexte de ses relations et plus largement, dans sa vie.

*« Puis, je pense que sa réaction à [mon conjoint] ... Puis, c'est en parlant là....Je pense que sa réaction a aidé beaucoup le reste. Beaucoup, beaucoup, beaucoup....Mais, tu sais, je me rappelle que ma famille [surtout ma mère], c'était pas, je ne voulais pas leur en parler puis m'ouvrir...Moi, je, tout le monde me tapait sur les nerfs. Fais que de rencontrer quelqu'un qui est en dehors de ça totalement, qui ne connaît pas nécessairement, qui me connaît là maintenant pour ce que je suis, puis qui réagit comme ça, sans, sans...Parce que je ne veux pas, tu sais, qu'il ait des réactions vraiment : « ah, pauvre petite chouette », puis tatata. Tu sais, toute cette lourdeur-là émotive me tapait sur les nerfs. Fais que c'est ça, je pense qu'après ça, ça l'a vraiment donné un coup de pouce...Puis, je m'en ai jamais vraiment aperçue que c'était ça le déclencheur peut-être de faire comme « okay », il faut que ça arrête. Il faut que je retrouve un intérêt, il faut que je retrouve ma vie finalement... » (Martine, 28 ans)*

De plus, pour Manon, la présence d'un conjoint qui offre une acceptation inconditionnelle semble avoir créé une base sécuritaire lui permettant d'explorer les choses importantes pour elle.

*« Jamais mon conjoint ne m'a interdit de faire quelque chose. J'avais une idée et il me disait de le faire pour voir ce que ça donnait. Quand il me voyait hésiter, il m'encourageait et me conseillait...À partir de là, j'ai compris que je pouvais me tromper et que ça ne serait pas la fin du monde. Avec lui, j'ai énormément appris. Je suis redevenue, j'ai retrouvé ma capacité d'affirmation...Le goût du spectacle et le goût d'aller plus loin, de faire plus, de tester mes limites. »* (Manon, 54 ans)

Enfin, quelques-unes des femmes rencontrées partagent que la présence d'un conjoint doux et respectueux (et l'utilisation de la bibliothérapie) leur a permis d'appriivoiser leur sexualité, et dans certains cas, de retrouver leur plaisir sexuel.

*« C'est par rapport à mon conjoint, il a été en mesure de gérer cela. Il a développé une façon de m'approcher, on a beaucoup lu par rapport à ça...C'est un gros morceau dans ma vie. Mon conjoint a été très patient, doux et tendre... [J'ai réussi] à trouver mon plaisir et lui aussi. »* (Ghislaine, 49 ans)

### ***3.3.2. Un cheminement personnel à travers des modèles relationnels***

En plus d'un soutien affectif, ces femmes expriment l'importance d'une ou des personnes ayant joué un rôle de modèle pour elles, tout au long de leur vie. France raconte, notamment, avoir habité chez sa mère qui a été très négligente et violente avec elle, jusqu'à l'âge de huit ans. Lorsque son père a pris conscience de ses conditions de vie, il a obtenu sa garde complète et lui a offert un

environnement sécuritaire et stable. En plus d'avoir mis fin à une situation de violence et de négligence, son père lui sert toujours de modèle aujourd'hui.

*« Mon père m'a beaucoup donné une constance qui a eu comme effet de me maintenir aux études, qui m'a redonné vie avec des valeurs de respect, de partage et d'unicité. Encore aujourd'hui, c'est présent entre ma soeur, mon père et moi...C'est grâce à lui...Je lui serai toujours reconnaissante. Il en devient même un modèle en ce sens où c'est la seule stabilité que j'ai eue. »* (France, 40 ans)

Marie-Ève, pour sa part, exprime aussi avoir eu accès à des modèles relationnels d'importance dans la famille de ses conjoints, qui étaient en contraste avec son vécu de violence, de négligence et de déracinement dans sa famille d'origine. Elle a donc pu observer, à l'âge adulte, à quoi ressemble un parent stable, présent et une vie familiale saine.

*« Dû au fait que chez nous c'était peut-être moins familial, tous les gars avec qui j'ai été avaient des mamans à la maison et des papas très présents...Puis, ça me faisait du bien aussi de voir que c'était possible une vie de couple harmonieuse, une vie de famille harmonieuse. Parce que tous les gars avec qui j'ai été avaient des vies de famille relativement harmonieuses, puis, des relations proches aussi... »* (Marie-Ève, 30 ans)

### ***3.3.3. Un cheminement personnel et social à travers des prises de distances/ruptures relationnelles***

Ensuite, les analyses suggèrent la présence d'une croissance personnelle précipitée, pour environ une dizaine de ces femmes, par des moments charnières de rupture ou de menaces de rupture. Ainsi, certaines femmes, par exemple Claire, racontent que la menace du départ d'une

personne importante pour elle, comme un enfant ou un conjoint, génère une prise de conscience dans laquelle émerge une motivation de reprendre en main leur vie, c'est-à-dire, de changer ses comportements malsains et de reconstruire des meilleures relations.

*« La première prise de conscience a été les enfants... Ce n'est pas vrai que je vais éduquer mes enfants dans la peur. Mes enfants c'est toute ma vie, vraiment toute ma vie. Lorsque j'ai perdu mes enfants, j'ai arrêté de vivre. De voir que ma fille préférait être chez son père et qu'elle n'était plus bien avec moi, que mon fils était perdu et ne savait plus où aller vivre... Et la deuxième a été lorsque mon conjoint a dit qu'il me quittait parce qu'il n'était plus capable. Ça a été comme un choc, j'ai réalisé que j'étais en train de tout perdre. J'ai décidé de me faire traiter et j'ai décidé de changer... Ça a été vraiment pour les enfants que je l'ai fait au départ et après ça, je savais que je voulais garder mon conjoint et la vie que nous avions... » (Claire, 34 ans)*

De plus, quelques survivantes racontent l'importance d'avoir choisi de mettre de la distance entre elles et leur famille d'origine pour améliorer leur vie et se donner l'occasion de s'épanouir. Dans certains cas, il s'agissait même d'une question de survie. Manon, par exemple, explique que la dynamique de sa famille d'origine était si toxique et négligente face à ses besoins, que quitter sa famille était la seule manière de diminuer l'intensité de ses pensées suicidaires. L'extrait suivant révèle l'effet salutaire de son départ :

*« [Intervenante] : Ça a été le fait de partir qui a aidé ? [Participante] : Ça a été de partir, oui, mais il a fallu que je me rende à la tentative de suicide... Quelqu'un m'a dit de partir, sinon j'allais mourir. Moi, je n'avais pas le droit d'être malade parce que c'était ma sœur qui avait le droit d'être malade. Elle avait de quoi se plaindre. C'était elle qui prenait toute la place. Moi, je*

*n'avais pas le droit de pleurer ou de me plaindre, de dire que j'avais mal quelque part, que c'est difficile... » (Manon, 54 ans)*

Pour ce qui est de Joanne, on constate l'influence qu'a eu son cheminement personnel, dans lequel elle apprend à se valoriser et à s'affirmer, sur sa décision de rompre avec sa mère. Ainsi, elle exprime, dans cet extrait, l'effet libérateur de couper les ponts avec sa mère et de leur dynamique malsaine dans laquelle elle s'est sentie dévalorisée.

*« Pis, a [ma mère] l'a essayé de m'atteindre par mes enfants, pis à peu près n'importe quoi. Y'a rien qu'elle a pas essayé, là de m'atteindre là...Mais, comment je me suis libérée depuis que j'y parle pu, c'est incroyable...Mais, elle me démolis. Pis y faut que j'y dise : "oui merci, pis continue?" Non, je suis pu capable. » (Joanne, 60 ans)*

D'autres survivantes expriment avoir pris des distances avec leur famille d'origine afin d'améliorer la qualité de leurs relations familiales actuelles, ainsi que pour avoir plus d'énergie pour se concentrer sur leur propre cheminement. Martine, par exemple, qui a dû prendre soin de sa fratrie et de sa mère lors de son enfance, décide de se retirer afin de construire une vie qui lui plaît.

*« Ben, en fait, avec ma famille justement, le fait de, de, me donner le droit aussi de prendre cette distance-là, puis de ne pas être responsable de tout le monde puis de tout, tout le temps, fait en sorte que je suis capable d'avoir des meilleures relations que moi je juge beaucoup plus saines avec eux [les membres de ma famille d'origine] ... Tu sais [rires], pour la première fois dans ma vie là, d'essayer de faire comme : je vous aime beaucoup là, mais vous avez tiré quand même beaucoup, beaucoup de jus et beaucoup d'énergie dans les dernières années, puis j'ai besoin de*

*voir si je peux faire ma vie ailleurs avec un certain bonheur, sans avoir tout le temps cette pression-là, je pense. » (Martine, 28 ans)*

Par ailleurs, Louise-Marie a exprimé avoir eu à faire une séparation psychologique importante avec la mère alcoolique de son enfance, afin de pouvoir entretenir une relation saine avec elle, qui est désormais sobre. Lorsqu'elle raconte son histoire, elle décrit ses expériences de violences sévères de la part de sa mère et confie que cette violence était, en partie, à cause du problème d'alcoolisme de cette dernière. Sa mère s'est, cependant, reprise en main plusieurs années plus tard, lorsque Louise-Marie était devenue adulte. Dans cet extrait, on comprend que cette survivante éprouve de la difficulté à réconcilier la mère violente de son enfance et la mère sobre qu'elle a aujourd'hui. Elle tente donc de mettre de la distance psychologique entre elle et la mère de son enfance, en la faisant mourir symboliquement, afin d'être en mesure d'entretenir une relation avec sa mère actuelle.

*« Mais, dans ma, dans mon cœur à moi, euh, ma mère était très méchante quand j'étais jeune, elle était très euh, violente, très méchante ma mère, ouais. Et...j'ai comme, pour être capable de reparler à ma mère, j'l'ai comme faite mourir, pour faire la place à une nouvelle personne t'sais, d'apprendre à connaître la nouvelle personne devant moi quand elle a décidé de se prendre en main, d'arrêter de boire... » (Louise-Marie, 33 ans)*

#### **3.3.4. Le rôle salvateur de la maternité dans leur cheminement personnel et dans leur relation avec leur enfant**

Pour une demi-douzaine des femmes rencontrées, leur rôle de mère est d'une grande importance sur leur cheminement. Ainsi, certaines de ces femmes retrouvent dans leur relation

avec leur(s) enfant(s), des opportunités primordiales pour cheminer ainsi qu'apprendre sur elles-mêmes et sur la parentalité.

France entreprend ainsi son travail de compréhension quant à son histoire de violence interpersonnelle, entre autres, à travers son rôle de mère.

*« Avec ma fille, ça a été joyeux, c'est mon ange. Je pense que c'est elle qui me tient aujourd'hui dans tout ça. Ma fille me fait comprendre beaucoup de choses... Lorsque je la regarde, je me demande comment des adultes pouvaient agir comme ça avec moi... C'est sûr que ça me fait revivre ça, mais ce n'est pas négatif, ça me permet de l'extérioriser et de le travailler. En même temps, ça ne me fait pas assez revivre ça pour rester traumatisée ou être marquée... C'est juste du questionnement et des observations d'incompréhension... C'est juste ça... »* (France, 40 ans)

De plus, au-delà de l'acquisition d'une compréhension des séquelles de leurs expériences de violence et des effets délétères dans leur relation avec leur(s) enfant(s), il se retrouve dans le discours de certaines de ces survivantes, une grande motivation de ne pas répéter les erreurs de leurs parents et d'être celle qui réussit à briser le cycle de violence interpersonnelle et intergénérationnelle de sa famille.

*« J'ai la conviction que j'ai été déposée dans cette famille-là pour devenir le dernier maillon et j'ai maintenant la conviction que ce cheminement-là, cette famille-là, m'a aidée aussi... Fait que je trouve que j'ai été une bonne mère. Je trouve que je leur ai... j'ai été le dernier chaînon... »* (Monique, 53 ans)

De grands efforts pour éviter ou pour se battre contre la possibilité d'avoir, potentiellement, ce même impact sur leurs enfants, de même que le souhait de donner ce qu'elles n'ont pas reçu à

ces derniers, sont également relatés. Ces efforts et ces désirs de « faire mieux » pour leurs enfants transparaissent dans la description des pratiques parentales de ces femmes suivantes :

*« Je veux qu'ils puissent venir me parler et qu'ils aient envie de venir me parler, ce que moi je n'avais pas avec mes parents. Je tiens à avoir ça avec mes enfants... Leur donner ce que je n'ai pas eu, ce que j'aurais aimé avoir, ce que je pense qui est bon. Ce n'est pas en te faisant traiter d'imbécile que ça t'aide à aller mieux dans la vie. Je pense que c'est ce qui a le plus influencé mes pratiques parentales. Je leur donne ce que j'aurais aimé avoir. Pas matériellement, mais la relation que j'ai avec eux. » (Mélanie, 30 ans)*

*« Tu sais, si on regarde ça, c'est vraiment... Moi, j'trouve qu'il y a quelque chose mais...Mais, je transmets ça à ma fille pis j'dis à ma fille aujourd'hui : "(Nom de sa fille), maman, elle se bat depuis qu'elle est jeune pour casser le cycle, le cycle, le cycle de la violence, le cycle, elle se bat depuis des années." J'ai dit : "maintenant, j'suis en train de te montrer comment prendre le flambeau, c'est à toi de le prendre." Pis elle dit : "je l'casse ou tu restes dedans." J'dis, là j'ai dit : "maman donne les outils, ça va être à toi de décider si tu veux que ça se reproduise sur tes enfants ou pas." Pis maintenant, j'en ai cassé beaucoup, je, j'ai fait des thérapies sur les violences conjugales, sur la violence familiale... » (Louise-Marie, 33 ans)*

En conclusion, ce thème démontre comment le cheminement personnel des femmes survivantes de cette étude s'opère dans un contexte interpersonnel. Ainsi, les fruits de ce cheminement personnel (c.-à-d. l'acquisition d'une meilleure compréhension de son vécu de violence et de ses séquelles, ainsi que l'amélioration de leur relation à elle-même) évoluent et se font influencer par leurs relations sociales. Tout d'abord, la présence d'une personne significative

offrant du soutien affectif a permis l'amélioration du bien-être de ces femmes, qui, auparavant, avait été négativement affectées par les séquelles de leur vécu traumatique. Ensuite, la présence de ruptures ou de prise de distances dans leurs relations évoque des reprises en main, ou encore, leur offre des opportunités de continuer leur travail personnel (p.ex. améliorer leur estime de soi, faire le deuil de ce qu'elles n'ont pas reçu de leurs parents, diminuer les symptômes liés aux séquelles traumatiques, etc.), ce qui améliore leur vie personnelle et interpersonnelle. Finalement, la relation qu'elles partagent avec leur(s) enfant(s) devient un activateur de croissance personnelle et relationnelle pour ces femmes. En effet, ceci se manifeste dans le désir et par des gestes concrets, de ne pas répéter le cycle de violence intergénérationnelle avec leurs enfants et de faire mieux pour ces derniers.

## CHAPITRE IV

### DISCUSSION

L'objectif principal de l'étude actuelle était d'explorer les changements impliqués dans le processus de rétablissement traumatique, tels que décrits par les femmes ayant vécu l'ASE. De plus, l'étude visait à comprendre comment, selon ces femmes, s'opèrent ces changements au cours du processus de rétablissement. À la lumière de ces objectifs, plusieurs constats émergent des résultats de la présente étude, en ce qui concerne cette expérience de rétablissement traumatique.

#### **4.1. Un processus de rétablissement traumatique unique, non linéaire et laborieux**

Tel que souligné au chapitre 1, la théorie de guérison proposée par Draucker *et al.* (2011) stipule que le processus de rétablissement traumatique se caractérise par un travail actif de la part des survivant(e)s. Celui-ci implique l'engagement de leurs ressources internes et externes variées, qui non seulement leur permettent une adaptation au stress engendré par leurs séquelles traumatiques, mais aussi une persévérance pour affronter les défis de leur vie présente, qu'ils soient liés à ces traumatismes, ou non. Ainsi, l'étude qualitative sur l'expérience de guérison traumatique de quarante-huit (48) femmes et de quarante-sept (47) hommes survivant(e)s d'ASE de Draucker *et al.* (2011), révèle que les participant(e)s ont utilisé plusieurs ressources lors de leur processus, dans le but de retrouver un sentiment de contrôle sur leur vie. À savoir, les affirmations des autres confirmant que leur expérience en enfance comportait des abus, l'engagement de leur autonomie et de leur pouvoir personnel, le soutien des autres, la prise d'engagements face à leur processus de

guérison, la présence d'événements de vie critiques (p.ex. accomplissement majeur, perte relationnelle importante, épisode de violence, etc.), ainsi que l'engagement face au désir d'aller au-delà de leur expérience traumatique d'ASE. Un travail semblable se retrouve chez les femmes de la présente étude et se révèle dans un recours actif à une diversité de ressources internes et externes, afin de s'adapter et de persévérer lors des divers stress qu'elles rencontrent dans leur processus de rétablissement. Par exemple, celles-ci s'engagent dans un apprentissage de la régulation émotionnelle, elles modifient leur valorisation et leur acceptation de soi, elles négocient leurs frontières et leur autonomie dans leurs relations interpersonnelles, elles s'engagent dans un travail psychothérapeutique, elles s'appuient sur des sources d'information - en faisant par exemple des recherches sur les agressions sexuelles et la lecture de livre sur la sexualité -, elles s'informent sur les éléments de leur histoire traumatique auprès d'êtres chers et finalement, elles observent leur entourage social en y retrouvant des modèles personnels et relationnels.

De plus, à la suite de leur étude, Draucker *et al.* (2011) proposent un modèle de stades possibles par lesquels passe la guérison. Ces stades impliquent, 1) l'engagement à travers un combat interne pour comprendre la signification des ASE, 2) des tentatives d'aborder les effets nocifs des ASE, pour finalement en arriver à, 3) un sentiment de reprise de contrôle sur sa vie. Draucker *et al.* (2011) soulignent que chaque personne de leur étude a manifesté une trajectoire différente et que ce n'est pas tous les participants qui ont atteint le dernier stade. Certains survivant(e)s ont, par exemple, suivi ces stades en ordre séquentiel, d'autres n'ont pas effectué tous les stades, sont revenus à des stades antérieurs, ou ont même travaillé plusieurs stades simultanément. Un processus semblable s'observe chez les femmes de l'étude actuelle, puisque le parcours de changements qui émerge de leur témoignage n'est pas linéaire, ni prévisible. En fait,

les diverses composantes du processus de rétablissement identifiées par ces femmes sont transformées en simultané, s'inter-influencent de manière dynamique, et ne sont pas systématiquement prises en charge par toutes les femmes rencontrées.

Par ailleurs, tel que souligné par la théorie de croissance post-traumatique (Tedeschi et Calhoun, 2004), le discours des femmes de cette étude suggère une progression vers l'attribution d'un sens à leurs expériences traumatiques. Cette théorie stipule que ce nouveau sens est un moyen par lequel émerge une série de transformations prévisibles, telles qu'une augmentation de l'appréciation de la vie en général dans la proximité et la qualité des relations interpersonnelles, dans les domaines spirituels et existentiels, dans le sentiment de force personnelle, ainsi que dans le sentiment d'ouverture face à de nouvelles possibilités de vie. Toutefois, bien que certains changements identifiés par ces femmes rejoignent, du moins partiellement, les transformations suggérées par la théorie de croissance post-traumatique, les résultats de leur processus de rétablissement sont plutôt uniques et propres à chacune d'entre elles.

En fait, les femmes de cette étude suggèrent un engagement substantiel de leur part dans un travail actif et laborieux pour guérir les effets délétères de leurs expériences traumatiques. Ces femmes réajustent, par exemple, avec ardeur leur degré de compréhension des séquelles et de la signification de leur vécu de violence, le degré de compréhension de soi, ainsi que l'amélioration des relations interpersonnelles et de la relation à soi. Par ailleurs, les survivant(e)s de l'étude de Draucker *et al.* (2011) rapportent avoir soupesé d'autres domaines de vie affectés négativement par leurs expériences traumatiques, c'est-à-dire, les répétitions de patrons relationnels et personnels provenant de leur histoire d'abus (p.ex. choisir un partenaire violent, négliger leur santé, etc.), leur rôle parental et leur relation avec leur(s) enfant(s), le processus impliqué dans le

dévoilement de leur histoire d'ASE, leur vécu spirituel, ainsi que le développement d'empathie et d'altruisme.

Somme toute, les différences entre les domaines de changements qui se révèlent dans le processus de rétablissement traumatique des participantes de l'étude actuelle, de l'étude de Draucker *et al.* (2011), de même que dans ce que proposent Tedeschi et Calhoun (2004) dans leur théorie de croissance post-traumatique, suggèrent la présence d'une grande diversité en ce qui concerne les changements qui pourraient potentiellement s'opérer lors de leur processus de rétablissement. En fait, la présence de cette diversité s'explique par le fait que le processus de chaque survivant(e) d'ASE se caractérise par un travail de transformation des effets délétères de ses expériences traumatiques. Ainsi, puisque les effets nocifs découlant d'ASE sont si vastes et complexes, il va de soi que les transformations qui émergent d'un processus de rétablissement soient toutes aussi complexes et uniques à la personne. Toutefois, le modèle de trauma complexe (Herman, 1998) énumérant les divers domaines de vie affectés par une histoire d'expériences traumatiques, sert certainement de guide pour élucider la panoplie de changements pouvant avoir lieu dans un processus de rétablissement.

#### **4.2. Une compréhension du problème de violence : un tremplin vers la compréhension et la valorisation de soi**

Un deuxième constat d'importance qui émerge des résultats de cette étude, est que la reconnaissance grandissante de la signification et des effets néfastes des violences subies, sert de tremplin pour une amélioration de la compréhension et de la valorisation de soi, pour ces femmes. Sans vouloir suggérer que ce travail de compréhension est la première étape dans un processus linéaire de rétablissement, cette composante s'avère être un élément essentiel, bien que non

suffisant, dans le processus de rétablissement. Effectivement, cette dernière comporte plusieurs éléments qui se rassemblent, s'inter-influencent et évoluent de manière dynamique.

De plus, il est à noter que ce que ces femmes arrivent à saisir ne se limite pas à leur expérience d'ASE. En effet, plusieurs d'entre-elles se réfèrent régulièrement aux autres formes de violences (p.ex. physique, psychologique, négligence, etc.) vécues et il apparaît que celles-ci soient toutes aussi traumatiques pour elles que l'ASE.

De plus, le travail de reconnaissance des violences vécues dans lequel ces femmes s'engagent, corrobore notamment ce que certains auteurs identifient comme étant indispensable dans un processus de guérison pour un(e) survivant(e) (Draucker *et al.*, 2011; Herman et Schatzow, 1987; Newsom et Myers-Bowman, 2017). À titre d'exemple, dans le cas de survivant(e)s ayant recours à l'amnésie sélective comme moyen d'adaptation, l'un des premiers pas vers un rétablissement serait, selon Herman et Schatzow (1987), la récupération des souvenirs traumatiques refoulés. En fait, Herman et Schatzow (1987) notent que le retour de ces souvenirs, qui comportent leur pleine charge affective, offre l'opportunité au/à la survivant(e) d'assimiler, de donner un sens et d'intégrer les expériences traumatiques. Le recours au refoulement de ces traumatismes s'expliquerait ainsi par un manque de ressources personnelles et de capacités requises, en enfance. De plus, Herman et Schatzow (1987) avancent qu'une fois que ses souvenirs lui sont accessibles, les symptômes, les émotions et les comportements qui, autrefois, étaient incompréhensibles pour eux/elles, prennent dorénavant tout leur sens. De cette manière, le/la survivant(e) devient plus intelligible vis-à-vis de lui (d'elle-) même, ce qui lui permet de donner un sens à son vécu traumatique et à son rôle sur sa trajectoire de vie.

Quoique la grande majorité des femmes de l'étude actuelle rapportent être en mesure de se souvenir de leurs expériences traumatiques, cet effet thérapeutique de mieux se comprendre émerge lorsqu'elles commencent à tisser davantage les liens entre leur vécu actuel et leur histoire de violence. Le fait de mieux saisir la signification de leur histoire traumatique permet donc à ces femmes de se comprendre davantage en tant qu'individus.

Cela dit, la littérature sur le phénomène de mentalisation souligne l'importance du rôle de protection psychologique contre les séquelles traumatiques, que joue cette compréhension. Selon Fonagy (2002), la mentalisation, mesurée par le concept de fonctionnement réflexif, se réfère à la capacité de comprendre les émotions, les désirs, les sentiments, de même que les intentions motivant ses propres comportements et ceux d'autrui. Cette capacité permet à l'individu d'interpréter le sens de ses gestes et ceux des autres, ainsi que de les prédire, lui offrant donc la possibilité de s'orienter dans ses relations interpersonnelles (Maheux *et al.*, 2016). Dès lors, les données probantes soulignent que la présence de capacités réflexives est associée à une meilleure régulation émotionnelle et qu'elle est centrale dans le sens et l'organisation de soi, de même que dans l'établissement de relations saines pour la population générale (Maheux *et al.*, 2016). La présence de violence interpersonnelle, de toutes sortes, en enfance interfère toutefois avec le développement de ces habiletés de mentalisation chez les enfants, ce qui est lié à une panoplie de conséquences psychologiques et sociales, qui se prolongent jusqu'à l'âge adulte (Maheux *et al.*, 2016; Oehlman *et al.*, 2020). Ceci s'explique, entre autres, par l'absence de modèles adultes pouvant offrir l'enseignement nécessaire au développement de ce fonctionnement réflexif chez l'enfant, lorsque ce dernier vit dans un contexte de violence. De plus, les enfants violentés seraient plus propices à se détacher de leur capacité de mentalisation, en raison de leur milieu relationnel

chargé émotionnellement et difficile à comprendre (Fonagy, 2002; Maheux *et al.*, 2016). L'interférence du développement des capacités réflexives s'accompagne de conséquences lourdes pour l'enfant ainsi que pour l'adulte qu'il deviendra, en affectant négativement l'estime de soi, le fonctionnement psychologique et les relations sociales (Fonagy, 2002; Maheux *et al.*, 2016).

À la lumière de ces impacts, il existe de plus en plus d'études soutenant l'importance de cibler les capacités de fonctionnement réflexif dans un travail psychothérapeutique. Ce dernier est axé sur le traitement des séquelles d'expériences traumatiques et ce, autant chez les enfants que chez les adultes. Par exemple, la revue systématique de la littérature d'Oehlman *et al.* (2020), se penche sur le rôle de la mentalisation dans la psychothérapie pour les enfants ayant subi des traumatismes interpersonnels. Bien que les phénomènes implicites de mentalisation au sein des échanges thérapeute-enfant soient difficiles à mesurer, les études recensées par Oehlman et ses collègues abordent les traitements psychothérapeutiques ayant des composantes reconnues pour favoriser le développement de cette fonction réflexive. Ces composantes incluent, par exemple, des rapports thérapeute-enfant qui favorisent l'émergence d'un attachement sécurisant dans la relation thérapeutique, qui encouragent les réparations de ruptures relationnelles et qui impliquent l'exploration des expériences psychiques de l'enfant à travers l'empathie du thérapeute (Allen, 2012; Muñoz Specht *et al.*, 2016). Ainsi, l'étude d'Oehlman et ses collègues révèle une association importante entre la croissance des capacités de mentalisation par diverses interventions thérapeutiques et la diminution de symptômes intériorisés, comme la présence de diagnostics d'anxiété généralisée, d'anxiété de séparation, ou encore, de phobie sociale, ou encore, des symptômes extériorisés comme les comportements antisociaux ou en ayant des troubles de la conduite. L'étude de Huang *et al.* (2020) s'inscrit en continuité et souligne également le rôle

significatif de la mentalisation dans son processus de rétablissement des adultes survivant(e)s de violence interpersonnelle. Celle-ci démontre une relation de médiation dans laquelle plus les survivant(e)s de violence interpersonnelle de l'étude rapportaient un style d'attachement sécurisant et des capacités de fonctionnement réflexif développées, moins ils avaient tendance à présenter des symptômes de trouble de stress post-traumatique et de dissociation.

Il est, ainsi, possible de suggérer que ce même lien entre l'amélioration des capacités de mentalisation ainsi que le fonctionnement psychologique et social, existe chez les femmes de l'étude actuelle. Toutefois, même si aucune mesure systématique concernant leur fonctionnement psychologique et social n'est disponible, il appert qu'une augmentation de leur compréhension de soi et des dynamiques relationnelles de violence dans leur enfance, a permis l'amélioration de leur fonctionnement social et personnel. Par exemple, le fait de mieux comprendre les séquelles traumatiques leur permet non seulement de mieux s'orienter face à elles-mêmes et dans leurs échanges interpersonnels, mais devient aussi une source de motivation pour améliorer la qualité de leurs relations interpersonnelles. Les résultats de l'étude actuelle suggèrent que ce travail culmine vers, entre autres, la prise de distance envers les relations toxiques, une meilleure vie conjugale, une meilleure relation avec la famille actuelle et d'origine, ainsi qu'un travail actif pour améliorer la qualité de leur relation avec leur enfant. Cette compréhension sert aussi de source de motivation pour améliorer leur relation à elles-mêmes, ce qui évolue vers une meilleure acceptation, affirmation et une plus grande valorisation de soi.

Par ailleurs, les changements personnels et relationnels qui s'opèrent dans le processus de rétablissement des participantes de l'étude actuelle permettent de faire une critique importante de la théorie de croissance post-traumatique. Ainsi, celle-ci explique que le rétablissement est le

résultat d'un travail de modification de schémas pré-traumatiques, constitués d'une vision de la vie comme étant juste, bienveillante et contrôlable, pour y assimiler et y incorporer les nouvelles expériences traumatiques remettant en cause ces schémas initiaux. Toutefois, plusieurs chercheurs avancent que cette présupposition ne s'applique pas aux victimes de traumatismes en enfance (Hartley *et al.*, 2016; Herman, 1992a; Herman, 1992b; Janoff-Bulman, 2014; Shakespeare-Finch et De Dassel, 2009; Walsh *et al.*, 2010). En fait, puisque les schémas de ces derniers sont a priori formés des expériences traumatiques de leur jeunesse, le processus de rétablissement dans une telle population implique plutôt, et nécessairement, la modification des schémas formés initialement pour s'adapter à une situation d'abus, et une ouverture pour y incorporer des schèmes qui représentent mieux un monde dans lequel l'abus n'est pas la norme (Walsh *et al.*, 2010).

Dès lors, les femmes de l'étude actuelle rapportent un processus de rétablissement caractérisé par une présence initiale de schémas traumatiques, tels que ceux évoqués par la théorie du trauma complexe (Herman, 1992a; Herman, 1992b), dont, par exemple, la présence d'un sentiment d'impuissance, de honte, de culpabilité, ou un blâme de soi. Une modification de ces schémas traumatiques est donc nécessaire, en y incorporant une vision de soi, des autres et du monde, qui s'étend plus loin qu'une conceptualisation définie par une dynamique de violence et ce changement se retrouve sur plusieurs plans chez ces femmes. Entre autres, les résultats suggèrent la transformation de leur relation à elles-mêmes à travers la croissance de leur valorisation et de leur acceptation de soi, qui, pour plusieurs, étaient très faibles au début de leur processus de rétablissement. Cette transformation de schémas traumatiques se manifeste aussi sous forme de prises de décisions et de gestes concrets pour changer leurs dynamiques relationnelles,

par exemple, en fixant des limites claires, en prenant des distances, ou en choisissant de se rapprocher de personnes dignes de confiance.

#### **4.3. La déculpabilisation de soi des victimes : un point tournant complexe dans le processus de rétablissement traumatique**

Un troisième constat d'importance qui émerge des résultats de l'étude actuelle est que le processus de déculpabilisation de soi semble être un point tournant majeur dans le processus de rétablissement traumatique. Pour les femmes de cette étude, celui-ci est caractérisé par l'acquisition d'une nouvelle compréhension des abus et de leurs impacts, ainsi que par la réattribution du blâme des agressions sexuelles, vers l'agresseur lui-même. Ce phénomène ressort aussi comme primordial dans le processus de rétablissement traumatique de l'ASE, parmi quelques études (voir p.ex. Arias et Johnson, 2013; Feinauer et Stuart, 1996; Saha *et al.*, 2011). Par exemple, les femmes survivantes des études d'Arias et Johnson (2013) et Saha *et al.* (2011) se sont engagées dans un processus de déculpabilisation, dans lequel elles remettent la responsabilité entre les mains de l'agresseur pour ses gestes de violence. Ce processus brise ainsi l'emprise que l'agresseur exerçait sur elles et leur permet d'acquérir un sentiment d'autonomie, de liberté et de contrôle sur elles-mêmes et dans leurs vies.

Sur le plan théorique, l'effet guérisseur de la déculpabilisation et de la responsabilisation de l'agresseur a été exploré par plusieurs théoriciens (Fairbairn, 1952; Herman, 1992a), qui suggèrent l'effet thérapeutique d'aider la victime à extérioriser la culpabilité et la honte qu'elle ressent face à la situation d'abus, tout en se permettant de vivre une expérience de colère face à l'agresseur et à ses gestes. Il est à noter que, selon ces auteurs, la présence de honte, de culpabilité et du blâme de soi est le résultat d'une liaison traumatique qui se forme entre une victime et son

agresseur (Fairbairn, 1952; Herman, 1992a). Ces auteurs suggèrent ainsi que cette réattribution du blâme est l'un des moyens les plus puissants pour les victimes d'abus (de tout genre et ayant lieu à tout âge) de se libérer définitivement de cette liaison traumatique, formée lors des agressions.

Plusieurs recherches documentent toutefois une association plus complexe entre l'attribution du blâme et les séquelles psychologiques découlant des agressions dans la population de survivant(e)s d'ASE (Okur *et al.*, 2019). D'une part, plusieurs études révèlent un lien important entre la présence de symptômes de dépression, de problèmes interpersonnels, d'isolement de soi et de symptômes intrusifs associés au TSPT, ainsi que la tendance d'attribution du blâme pour les ASE à soi-même (Baker-Collo, 2001; Feiring et Cleland, 2007; Filipas et Ullman, 2006; Kunst *et al.*, 2012; Lev-Wiesel *et al.*, 2004; Quas *et al.*, 2003). De plus, quelques études suggèrent que le lien entre le développement de symptômes psychologiques à l'âge adulte et le blâme de soi pourrait être plus prononcé, lorsque ce dernier était présent en enfance et lors des ASE (Baker-Collo, 2001; Filipas et Ullman, 2006). D'autre part, il s'avère que l'attribution du blâme à l'agresseur est parfois associée à une méfiance exagérée face aux autres, un sentiment d'impuissance et une présence d'anxiété en ce qui concerne la sexualité (Feiring *et al.*, 2002; Hazzard, 1993; Shapiro, 1995; Zinzow *et al.*, 2010). De plus, l'étude de Zinzow *et al.* (2010) révèle qu'en plus de la responsabilisation de l'agresseur pour les ASE, l'attribution du blâme à la famille d'origine est associée à une plus grande détresse psychologique et présence de symptômes du TSPT.

Somme toute, ces recherches suggèrent l'existence d'une relation complexe entre l'attribution du blâme pour les ASE, la probabilité de développer des séquelles traumatiques à l'âge adulte et le processus de rétablissement traumatique. Il semble que pour les participantes de l'étude actuelle, il s'agit d'une étape importante et libératrice dans leur processus de

rétablissement. Toutefois, il est probable qu'afin d'avoir de tels effets positifs, le processus de déculpabilisation de soi doit être accompagné d'un travail actif, afin de gérer la détresse psychologique et les perturbations interpersonnelles pouvant découler de l'attribution du blâme à l'agresseur ou à sa famille d'origine, ce qui a été le cas dans la présente étude. Ainsi, il est possible de penser que la réattribution du blâme à l'agresseur requiert un travail simultané avec d'autres composantes essentielles afin qu'il puisse promouvoir le rétablissement. Parmi elles, on retrouve la négociation active des limites au sein des relations interpersonnelles, incluant la famille d'origine et la transformation des représentations de soi, afin d'avoir un effet libérateur et guérisseur pour les survivant(e)s d'ASE, comme pour les femmes de l'étude actuelle.

#### **4.4. Le rétablissement se déroule dans un contexte de négociation relationnelle**

Par la suite, nos résultats, à l'instar des travaux de Draucker (1992), Arias et Johnson (2013), Hartley *et al.* (2016) et Walker-Williams *et al.* (2012), ont révélé la présence d'éléments liés à l'amélioration de l'expérience à soi, ainsi que l'importance du rôle des relations significatives de soutien dans le rétablissement des femmes survivantes étudiées. Ceci soutient l'idée que, comme le développement de la personne en général (Bronfenbrenner, 1979), le rétablissement traumatique ne se fait pas en vase clos, car il s'agit d'un processus composé d'interactions constantes entre la personne et son environnement.

À la lumière de ceci, un quatrième constat émerge des résultats de la présente étude : pour les femmes rencontrées, la reconstruction du soi s'exerce non seulement dans un contexte social soutenant, mais aussi par la négociation de leurs relations interpersonnelles. Ces dernières s'expriment par l'établissement de limites dans les relations, de prises de distances face à certaines

personnes et par l'affirmation de soi. Ainsi, le processus de rétablissement de ces femmes est en partie caractérisée par le fait qu'elles se sont autorisées à créer des liens comme elles l'entendent et selon leurs propres conditions.

Cette même notion de prise de pouvoir à travers des transformations relationnelles émerge de l'étude de Draucker *et al.* (2011). En fait, les survivant(e)s de l'étude ayant réussi à atteindre un sentiment de reprise de contrôle sur leur vie, témoignent que ce processus s'est effectué, entre autres, en décidant de ne pas répéter les mêmes dynamiques relationnelles abusives de leur famille d'origine. Ceci s'est manifesté par la motivation à ne pas s'engager dans des relations violentes, à former des relations saines et même, à tenter de contribuer à l'amélioration de la vie des autres, lorsque possible. Les participantes de l'étude d'Arias et Johnson (2013) dévoilent aussi une interaction importante entre leur croissance personnelle et l'amélioration de la qualité de leurs relations, à l'aide de cette qualité d'autonomie. Elles partagent qu'en faisant le choix de s'engager dans des relations qui offrent du soutien, elles ont pu développer des qualités telles que la persévérance, le sentiment d'autonomisation, et le sentiment d'efficacité personnelle. Ces caractéristiques personnelles ont, à leur tour, permis d'augmenter la qualité de leurs relations, en leur offrant un soutien social de plus en plus approfondi et en permettant la continuité de leur rétablissement traumatique.

Selon Herman (1998), ces prises de décisions face aux changements requis dans leur vie relationnelle et le développement d'autonomie qui en résulte, seraient déterminants dans le processus de rétablissement des victimes d'abus (Herman, 1998). En effet, ces négociations interpersonnelles permettraient aux survivant(e)s de transformer leurs représentations de soi

nocives créées lors des expériences traumatiques et de reprendre un sentiment de pouvoir personnel (Herman, 1998).

#### **4.5. Le rôle de la maternité dans le processus de rétablissement traumatique : une question d'importance pour les recherches futures**

L'importance du contexte relationnel au sein du processus de rétablissement se manifeste pour quelques-unes de ces femmes à travers leur rôle de mère. En effet, elles soulèvent la question de maternité de deux façons lorsqu'elles parlent de leur processus de rétablissement traumatique. D'une part, elles partagent que le contexte de leur relation avec leur enfant leur offre des pistes de réflexion pour mieux comprendre les effets délétères de leur historique d'abus en enfance. Certaines d'entre elles prennent conscience, par exemple, de l'influence négative des modèles parentaux malsains auxquels elles ont été exposées, sur leurs propres comportements face à leurs enfants. D'autre part, elles rapportent la présence d'un fort désir de mettre fin au cycle de violence qui se retrouve dans leur famille depuis plusieurs générations. Ce désir de protéger leurs enfants d'ASE et de violence en générale, devient donc pour ces femmes, un facteur de motivation dans leur propre processus de rétablissement traumatique.

Ces deux manifestations de leur rôle de mère dans leur processus de rétablissement s'inscrivent en continuité avec les résultats des études d'O'Dougherty Wright *et al.* (2012), Walker-Williams *et al.* (2012), ainsi que Hartley *et al.* (2016). L'expérience de la maternité est brièvement soulignée par les participantes survivantes d'ASE des études de Walker-Williams *et al.* (2013) et Hartley *et al.* (2016) portant sur leur processus de croissance traumatique. Elles expriment concevoir leur vécu maternel comme un moteur de changement pour leur rétablissement. Ainsi, l'objectif d'améliorer la qualité de leur relation avec leur enfant, de devenir

plus consciencieuses face à leur enfant et de s'assurer de ne pas répéter les patrons relationnels traumatiques de leur famille d'origine, motivent ces femmes à entreprendre activement leur processus de rétablissement traumatique.

De plus, l'étude qualitative d'O'Dougherty Wright *et al.* (2012) sur l'expérience des mères survivantes d'ASE révèle des composantes importantes sur le rôle de la maternité lors du rétablissement traumatique. Les femmes de cette étude expriment, par exemple, avoir eu à développer un modèle de la maternité en tant que survivantes, impliquant un engagement face à leur travail de rétablissement traumatique, dans le but d'atteindre leurs objectifs quant à leur rôle de mère (O'Dougherty Wright *et al.*, 2012). Ces objectifs étaient de protéger leurs enfants des dangers tels que les ASE, de promouvoir leur autonomie, de construire une relation parent-enfant saine, de leur offrir des soins physiques, d'appliquer des limites et une discipline saine et de promouvoir une sexualité saine (O'Dougherty Wright *et al.*, 2012). Ces mères partagent aussi avoir eu à entreprendre des tâches particulières pour atteindre ces objectifs, telles que la régulation de soi lorsqu'elles sentent une résurgence des symptômes liés à leur trauma, le fait d'établir un équilibre entre leur travail de rétablissement et les exigences de leur rôle de mère, la gestion de leurs émotions, le fait d'entamer un travail de deuil en ce qui concerne les pertes encourues par les séquelles des ASE, tout comme le fait de solliciter l'aide de leur réseau social (O'Dougherty Wright *et al.*, 2012).

Par ailleurs, l'impact des séquelles de violence vécues en enfance par un parent sur sa parentalité est bien documenté dans la littérature. Ainsi, il est reconnu qu'en général, le stress entraîné par les difficultés vécues dans un domaine de fonctionnement particulier (p.ex. détresse psychologique à la suite de séquelles d'ASE chez le parent), aurait tendance à entraîner des

difficultés dans d'autres domaines de fonctionnement, dont les comportements parentaux (Brock et Lawrence, 2008; Östberg et Hagekull, 2000; Zvara *et al.*, 2017b). Ainsi, Pour les mères victimes d'ASE, sont plus à risque de voir leur vécu prénatal, leur transition à la parentalité et leur rôle de parent fragilisés par les séquelles associées à leur victimisation (Baril et Laforest, 2018). Elles sont, notamment, plus à risque de vivre une grossesse précoce ou plus courte et de connaître des résurgences de symptômes de trouble de stress post-traumatique lors de moments charnières (comme par exemple, lors de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement) et de vivre une dépression et/ou de l'anxiété post-partum (Baril et Laforest, 2018). Plusieurs auteurs notent aussi que la présence de cette détresse psychologique chez les mères victimes d'ASE aurait tendance à interférer avec leur niveau d'empathie et de sensibilité parentale (Koren-Karie et Getzler-Yosef, 2019; Zvara *et al.*, 2017b). La sensibilité parentale est caractérisée par la capacité de réfléchir aux expériences de son enfant, ainsi que de reconnaître et répondre aux besoins physiques et émotionnels de ce dernier (Koren-Karie et Getzler-Yosef, 2019; Zvara *et al.*, 2017b), requérant un certain degré d'habileté de mentalisation chez le parent en question.

L'étude de Koren-Karie et Getzler-Yosef (2019) suggère notamment un lien important entre le degré de résolution traumatique et le niveau de sensibilité des mères victimes d'ASE. Ainsi, plus les mères de leur étude manifestaient un niveau de résolution traumatique avancé, tel que représenté par un faible niveau de désorganisation/désorientation<sup>8</sup> de leur discours lors de

---

<sup>8</sup> La désorganisation et désorientation du discours se manifeste par une diminution de la clarté de la syntaxe, par la présence de phrases désordonnées ou incohérentes, et par la difficulté à prendre en compte l'interlocuteur lorsqu'une personne parle d'une expérience traumatique vécu (George *et al.*, 1985). La présence de ces éléments dans le discours d'un individu est associée à un état d'activation physiologique déclenché par le fait de se souvenir de ou des événements traumatiques de leur passé (George *et al.*, 1985). Ainsi, cette activation physiologique interfère avec la capacité d'une personne de réfléchir et communiquer clairement et est associée à la non-résolution de l'expérience traumatique en question (George *et al.*, 1985).

l'administration du *Adult Attachment Inventory* (George *et al.*, 1985), plus elles avaient tendance à réfléchir activement au vécu de leur enfant, ainsi qu'à démontrer des comportements sensibles et empathiques dans leurs échanges avec ce dernier.

En ce qui concerne l'étude actuelle, il est possible de conclure que les femmes qui ont fait mention du lien entre leur maternité et leur rétablissement traumatique étaient sensibles à l'impact potentiel des séquelles de leur histoire traumatique sur leurs enfants du fait de leur souci de ne pas répéter le cycle de violence intergénérationnel. De plus, cette sensibilité face aux effets délétères de leur histoire de violence sur leurs enfants pourrait témoigner d'un certain degré de résolution traumatique pour elles. Cela dit, seul un petit nombre de femmes de l'étude actuelle a soulevé ce lien. Ceci s'explique par le fait que le lien entre leur expérience de maternité et leur rétablissement traumatique n'a pas été abordé explicitement lors des entrevues puisque cela n'était pas un objectif de l'étude principale. Aussi, le rôle médiateur potentiel du degré de résolution traumatique dans la relation entre la maternité et le rétablissement traumatique ne peut être déterminé pour les femmes de cette étude puisque leur degré de résolution traumatique n'a pas été mesuré. Cependant, que quelques-unes de ces femmes aient soulevé ce sujet, et ce de manière spontanée, vient bonifier l'importance de mener plus d'études sur le lien entre l'expérience de la maternité et le processus de rétablissement traumatique.

#### **4.6. Contributions, limites de l'étude actuelle et futures recherches**

L'étude actuelle contribue aux connaissances sur le rétablissement traumatique, en offrant un éclaircissement sur les changements qui se présentent et la manière dont ceux-ci s'opèrent lors d'un tel processus. Le discours des femmes interrogées suggère que les changements qui émergent

au cours de leur rétablissement, concernent en partie les divers domaines d'effets nocifs d'une histoire de violence interpersonnelle soulevée par la théorie de trauma complexe (Herman, 1998). L'expérience de ces femmes s'inscrit aussi en continuité avec certaines notions de la théorie de croissance post-traumatique et de la théorie de la guérison proposée par Draucker *et al.* (2011).

#### ***4.6.1. Retombées cliniques***

Cette étude a, en outre, approfondi notre compréhension du rétablissement en soulignant des éléments essentiels et de considération importante pour tous clinicien(ne)s qui entreprennent un travail psychothérapeutique avec une clientèle survivante d'ASE. Entre autres, elle révèle que leur processus de rétablissement traumatique est unique et non linéaire, tout en impliquant un travail actif et laborieux de la part d'un(e) survivant(e). Ceci requiert donc qu'un(e) clinicien(ne) applique une présence constante, flexible, et qui favorise l'autonomie du/de la survivant(e) afin de permettre une exploration qui encourage le rétablissement traumatique.

De plus, l'étude met en évidence que ce processus de rétablissement comprend un nombre de composantes et de points tournants essentiels à son succès. Ceux-ci sont à considérer non-seulement pour les clinicien(ne)s qui devront promouvoir leur exploration en thérapie, mais aussi pour tout(e)s survivant(e)s qui entament ce processus de rétablissement, qu'ils/elles poursuivent un travail thérapeutique ou non. L'étude présente souligne que le développement d'une compréhension de la signification et des impacts de leur vécu de violence (voir thème 1), ainsi que l'amélioration de la qualité du milieu social de la victime par la négociation des relations interpersonnelles (voir thème 3), permettent la transformation des représentations négatives de soi chez les survivant(e)s (voir thème 2) Un autre thème d'importance souligné par la présente étude, est le processus complexe de déculpabilisation de soi et de réattribution de la responsabilité pour

les abus à l'agresseur, ainsi qu'aux dynamiques relationnelles malsaines ayant rendu ces abus possibles (voir thème 1). Ce thème se révèle comme élément essentiel pour promouvoir l'autonomisation des survivant(e)s au cours de leur rétablissement.

#### ***4.6.2. Contributions empiriques***

En raison du devis qualitatif ayant pour objectif de contribuer aux connaissances fondamentales, l'étude actuelle a permis une exploration approfondie des expériences de rétablissement traumatiques des femmes victimes d'ASE interrogées. Les fondements phénoménologiques de l'analyse ont permis notamment d'explorer cette expérience selon le point de vue même de ces femmes et donc de leur donner l'opportunité de s'exprimer sur le sujet en question. De plus, l'approche systématique et rigoureuse a permis à l'auteure de s'assurer que les résultats des analyses étaient bel et bien transférables aux témoignages partagés par ces femmes (Creswell et Poth, 2018).

#### ***4.6.3. Limites et recherches futures***

Par ailleurs, bien que l'étude actuelle ait considéré les femmes survivantes dans leur contexte relationnel, elle ne tient pas compte de leur contexte communautaire, socioculturelle, politique et historique. Par exemple, les femmes de l'étude ont été interviewées entre 2008 et 2011, plusieurs années avant l'émergence du mouvement « #MeToo » dans les médias en 2017 (Leung et Williams, 2019). Des études futures auprès de femmes survivantes d'ASE permettraient de prendre le pouls de l'impact du discours collectif actuelle contre la violence sexuelle sur le

rétablissement traumatique de cette population, et ce après plusieurs années de sensibilisation médiatique à cet enjeu grâce aux revendications des mouvements sociaux comme « #MeToo ».

En effet, selon la théorie relationnelle culturelle de Comstock *et al.* (2008), la considération de ces composantes communautaires, socioculturelles et politiques est primordiale dans notre compréhension des facteurs qui interfèrent avec la capacité d'une personne à créer, maintenir et participer auprès de systèmes sociaux qui favorisent et encouragent la croissance et la guérison. Ainsi, Comstock *et al.* (2008) évoquent la nécessité d'inclure un discernement des impacts nocifs provenant des sources d'oppression. Ces derniers se retrouvent dans la société, au sein même de la conceptualisation du rétablissement traumatique.

À la lumière de ceci, il s'avère impératif que les futures recherches à ce sujet continuent et ce avec une variété de populations. Ainsi, ces dernières doivent non seulement donner une voix aux femmes survivantes d'ASE avec l'emploi de devis qualitatifs, mais aussi, viser à comprendre la manière dont les formes diverses d'oppression auxquelles elles font face (p.ex. sexisme, racisme, l'oppression des classes sociales, l'oppression des groupes LGBTQ2S+, l'oppression des personnes atteintes de handicaps et de problèmes de santé mentale, etc.) influencent ce processus de rétablissement. L'ajout de méthodes d'investigation, comme les études de cas et les devis ethnographiques, permettraient certainement un éclaircissement sur la manière dont les facteurs du contexte au sein duquel une femme effectue son travail de rétablissement, nuisent ou favorisent ce rétablissement.

De plus, cette étude offre une piste de futures recherches en suggérant un lien potentiel entre le rôle de la maternité et le processus de rétablissement traumatique pour les femmes survivantes d'ASE.

## **Conclusion générale**

En conclusion, en identifiant les éléments de changements essentiels pour atteindre un rétablissement traumatique et la manière dont ces derniers s'opèrent chez ces femmes survivantes, l'étude actuelle offre des pistes pouvant aider les chercheurs, clinicien(ne)s, ainsi que les survivant(e)s eux(elles)-mêmes à comprendre les impacts traumatiques complexes d'un historique d'ASE sur ces victimes. De plus, cette étude permet de mieux comprendre comment intervenir pour diminuer les impacts négatifs et promouvoir la guérison auprès de cette population. Davantage de recherches sont toutefois nécessaires afin de comprendre la manière dont le rôle de la maternité et celle du contexte social, incluant ses dynamiques d'oppression, s'insèrent dans ce processus de rétablissement des survivantes. Somme toute, cette étude démontre que le rétablissement traumatique n'est pas caractérisé par une simple diminution de symptômes liés aux séquelles de violence. Il s'agit plutôt d'un processus dynamique, complexe et unique à chaque survivante, qui implique un travail laborieux culminant vers une prise de pouvoir par la survivante sur elle-même et sur sa vie.



## **RÉFÉRENCES**

- Adams-Westcott, J., & Isenbart, D. (1996). Creating preferred relationships: the politics of recovery from child sexual abuse. *Journal of Systemic Therapies*, 15(1), 13-30. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1521/jsyt.1996.15.1.13>
- Affleck, G., Tennen, H., & Croog, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 55(1), 29-35. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/0022-006X.55.1.29>
- Allen, J., & G. (2012). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5 ed.). Arlington, (VA): American Psychiatric Publishing.
- Anderson, K. M., & Hiersteiner, C. (2008). Recovering From childhood sexual abuse: Is a Storybook ending” possible? *The American Journal of Family Therapy*, 36, 413-424. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/01926180701804592>
- Arias, B. J., & Johnson, C. V. (2013). Voices of healing and recovery from childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 22(7), 822-841. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/10538712.2013.830669>
- Bachelor, A., & Joshi, P. (1986). *Méthode phénoménologique de recherche en psychologie*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Baker-Collo, S. L. (2001). Adult reports of child and adult attributions of blame of childhood sexual abuse: predicting adult adjustment and suicidal behaviors in females. *Child Abuse & Neglect*(25), 1329-1341. [https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/S0145-2134\(01\)00278-2](https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/S0145-2134(01)00278-2)

- Banyard, V. L., & Williams, L. M. (2007). Women's voices on recovery: A multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 31*, 275-290. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.chiabu.2006.02.016>
- Baril, K., & Laforest, J. (2018). Les agressions sexuelles. In J. Laforest, P. Maurice, & L. M. Bouchard, *Rapport québécois sur la violence et la santé* (pp. 55-96). Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Baril, K., Couvrette, A., Brunet, S., & Tourigny, M. (2019). L'expérience de la transition à la parentalité auprès de mère victimes d'agression sexuelle pendant l'enfance. Montpellier: 10e congrès international francophone sur l'agression sexuelle.
- Berger, E. U. (2015). Toward an Integration of cognitive behavioral therapy and psychodynamic treatment for survivors of sexual trauma: a critical review of the literature. *ProQuest Dissertations & Theses Global*, 1-166.
- Brillon, P. (2017). *Se relever d'un traumatisme, 5e éd.* Les éditions Québec-livres.
- Brock, R. L., & Lawrence, E. (2008). A longitudinal investigation of stress spillover in marriage: Does spousal support adequately buffer effects? *Journal of Family Psychology, 22*(1), 11-20. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/0893-3200.22.1.11>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design.* Cambridge: Harvard University Press.
- Burt, K. H. (1999). The experience of self during the recovery process of six women with a history of childhood sexual abuse who utilized art therapy in their recovery processes. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 60*(1-B).

- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. (2014). The foundations of posttraumatic growth: an expanded framework. In L. G. Calhoun, & R. D. Tedeschi, *Handbook of Posttraumatic Growth*. New York: Psychology Press.
- Celani, D. P. (2010). *Fairbairn's object relations theory in the clinical setting*. New York, NY, United States of America: Columbia University PRes.
- Chandler, P. (2010). Resilience in healing from childhood sexual abuse. *ProQuest Dissertations & Theses Global*.
- Cloitre, M., Courtois, C., Charuvastra, A., Carapezza, R., Stolbach, B. C., & Green, B. (2011). Treatment of complex PTSD: results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Trauma Stress*, 24(6), 615-627. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1002/jts.20697>
- Comstock, D. L., Hammer, T. R., Strentzsch, J., Cannon, K., Parsons, J., & Salazar II, G. (2008). Relational-Cultural Theory: A framework for bridging relational, multicultural, and social justice Competencies. *Journal of Counseling & Development*, 86, 279-287. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1002/j.1556-6678.2008.tb00510.x>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed Methods Approaches*. (5th Edition ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry & research design: choosing among five approaches*. (4th Edition ed.). London: SAGE Publications Ltd.
- Cutajar, M. C., Mullen, P. E., Ogloff, J. R., Thomas, S. D., Wells, D. L., & Spataro, J. (2010). Psychopathology in a large cohort of sexually abused children followed up to 43 years.

*Child Abuse & Neglect*, 34(11), 813-822. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.chiabu.2010.04.004>

Del Monte, M. M. (2001). Fact or fantasy? A review of recovered memories of childhood sexual abuse. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 18(3), 99-105. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1017/S0790966700006492>

Domhardt, M., Munzer, A., Fegert, J. M., & Goldbeck, L. (2015). Resilience in survivors of child sexual abuse: A systematic review of the literature. *Trauma, Violence, & Abuse*, 16, 476-493. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1177/1524838014557288>

Draucker, C. B. (1992). The healing process of adult survivors of incest: Constructing a personal residence. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 24(1), 4-8. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1111/j.1547-5069.1992.tb00691.x>

Draucker, C. B., & Petrovic, K. (1996). Healing of adult male survivors of childhood sexual abuse. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 28, 325-330. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1111/j.1547-5069.1996.tb00382.x>

Draucker, C. B., Martsolf, D. S., Roller, C., Knapik, G., Ross, R., & Warner Stidham, A. (2011). Healing from childhood sexual abuse: A theoretical model. *Journal of Child Sexual Abuse*, 20, 435-466. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/10538712.2011.588188>

Fairbairn, W. R. (1952). Endopsychic structure considered in terms of object relations. In W. R. Fairbairn, *Psychoanalytic Studies of the Personality* (pp. 82-132). London: Routledge & Kegan Paul.

- Feinauer, L. L., & Stuart, D. A. (1996). Blame and Resilience in women sexually abused as children. *The American Journal of Family Therapy*, 24(1), 31-40. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/01926189508251014>
- Feiring, C., & Cleland, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 21, 1169-1186. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.chiabu.2007.03.020>
- Feiring, C., Taska, L., & Chen, K. (2002). Trying to understand why horrible things happen: Attribution, shame, and symptom development following sexual abuse. *Child Maltreatment*, 7, 26-41. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1177/1077559502007001003>
- Filipas, H. H., & Ullman, S. (2006). Child sexual abuse, coping responses, self-blame, PTSD, and adult sexual revictimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 652-672. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1177/0886260506286879>
- Fonagy, P. (2022). Understanding of mental states, mother-infant interaction and the development of the self. In J. Maldonado-Duran, & M., *Infant and toddler mental health: Models of clinical intervention with infants and their families*. (pp. 57-74). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Frazier, P., Tennen, H., Gavian, M., Park, C., Tomich, P., & Tachiro, T. (2009). Does self-reported posttraumatic growth reflect genuine positive change? *Psychological Science*, 20(7), 912-919. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1111/j.1467-9280.2009.02381.x>
- Gabard, G. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington D.C.: American Psychiatric Publications.

- George, C., Kaplan, M., & Main, M. (1985). Adult attachment interview. Berkeley: University of California.
- Gouvernement du Québec (2001). *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*. Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Hartley, S., Johnco, C., Hofmeyr, M., & Berry, A. (2016). The nature of posttraumatic growth in adult survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse, 25*(2), 201-220. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/10538712.2015.1119773>
- Harvey, M. R., Liang, B., Harney, P. A., Koenen, K., Tummala-Narra, P., & Lebowitz, L. (2003). Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency (MTRR).
- Harvey, M. R., Westen, D., Lebowitz, L., Saunders, E., & Harney, P. (1995). Multidimensional Trauma, Recovery and Resiliency Interview - MTRRI v.4 (Long version).
- Hazzard, A. (1993). Trauma-related beliefs as mediators of sexual abuse impact in adult women survivors: A pilot study. *Journal of Child Sexual Abuse, 2*, 55-69. [https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1300/J070v02n03\\_04](https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1300/J070v02n03_04)
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analysis review of benefit finding and growth. *Journal of Counselling and Clinical Psychology, 74*(6), 797-816. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/0022-006X.74.5.797>
- Henning, M., Walker-Williams, H. J., & Fouché, A. (2018). Childhood sexual abuse trauma-causing dynamics experienced by women survivors: A scoping literature review. *Journal of Psychology in Africa, 28*(2), 168-174. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/14330237.2018.1455309>

- Herman, J. ..., & Schatzow, E. (1987). Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology*, 4(1), 1-14. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/h0079126>
- Herman, J. (1992a). *Trauma and Recovery. The aftermath of violence - From domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books.
- Herman, J. (1992b). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Trauma and Stress*, 5, 377-391. [https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1007/978-1-4899-1034-9\\_6](https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1007/978-1-4899-1034-9_6)
- Herman, J. (1998). Recovery from psychological trauma. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52, 145-150.
- Hillberg, T., Hamilton-Giachritsis, C., & Dixon, L. (2011). Review of meta-analyses on the association between child sexual abuse and adult mental health difficulties: A systemic approach. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12, 38-49. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1177/1524838010386812>
- Holder, N., Holliday, R., & Suris, A. (2017). The effect of childhood sexual assault history on outpatient cognitive processing therapy for military sexual trauma-related posttraumatic stress disorder: A preliminary investigation. *Stress and Health*, 35, 98-103. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1002/smi.2838>
- Huang, Y. L., Fonagy, P., Feigenbaum, J., Read Montague, P., & Nolte, T. (2020). Multidirectional pathways between attachment, mentalizing, and posttraumatic stress symptomatology in the context of childhood trauma. *Psychopathology*, 53, 48-58. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1159/000506406>

- Jacob, K. S. (2015). Recovery model of mental illness : a complementary approach of psychiatric care. *Indian journal of psychological medicine*, 37(2), 117-119.
- Janoff-Bulman, R. (2014). Schema-change perspectives on posttraumatic growth. In L. G. Calhoun, & R. G. Tedeschi, *Handbook of Posttraumatic Growth* . New York: Psychology Press.
- Jayawickreme, E., & Blackie, L. (2016). *Exploring the psychological benefits of hardship: a critical reassessment of posttraumatic growth*. Gewerbestrasse: Springer.
- Joseph, S., & Linley, P. A. (2005). Positive adjustment to threatening events: An organismic valuing theory of growth through adversity. *Review of General Psychology*, 9(3), 262-280. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/1089-2680.9.3.262>
- Koren-Karie, N., & Getzler-Yosef, R. (2019). Mothers' insightfulness regarding their children's inner world: associations with mothers' history of sexual abuse and lack of resolution of the trauma. *Attachment & Human Development*, 21(6), 582-596. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/14616734.2018.1472287>
- Kunst, M. J., Winkel, F. W., & Bogaerts, S. (2012). Posttraumatic anger, recalled peritraumatic emotions, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 3561-3579. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1177/0886260511403753>
- Lev-Wiesel, R., Amir, M., & Besser, A. (2004). Posttraumatic growth among female survivors of childhood sexual abuse in relation to perpetrator identity. *Journal of Loss and Trauma*, 10(1), 7-17. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/15325020490890606>
- Lorenz, T. A., Pulverman, C. S., & Meston, C. M. (2013). Sudden gains during patient-directed expressive writing treatment predicts depression reduction in women with history of

- childhood sexual abuse: Results from a randomized clinical trial. *Cognitive Therapy Research*, 37, 690-696. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1007/s10608-012-9510-3>
- Lueng, R. & Williams, R. (2019). #MeToo and intersectionality: An examination of the #MeToo movement through the R. Kelly scandal. *Journal of communication inquiry*, 43(4), <https://doi.org/10.1177/0196859919874138>.
- Maheux, J., Collin-Vézina, D., Macintosh, H., Berthelot, N., & Héту, S. (2016). Capacités de mentalisation spécifique au trauma auprès d'adultes ayant subi des agressions sexuelles durant l'enfance. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 93-115.
- McMillen, J. C., Smith, E. M., & Fisher, R. H. (1997). Perceived benefit and mental health after three types of disaster. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 65(5), 733-739. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/0022-006X.65.5.733>
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic Diagnosis* (2ème édition ed.). New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2017). *Attachment in adulthood*, 2e éd. New York: Guilford Press.
- Munoz Specht, P., Ensink, K., Normandin, L., & Midgley, N. (2016). Mentalizing techniques used by psychodynamic therapists working with children and early adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 80, 281-315. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1521/bumc.2016.80.4.281>
- Newsom, K., & Myers-Bowman, K. (2017). "I am not a victim. I am a survivor": Resilience as a journey for female survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(8), 927-947. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/10538712.2017.1360425>

- O'Dougherty Wright, M., Fopma-Loy, J., & Oberle, K. (2012). In their own words: The experience of mothering as a survivor of childhood sexual abuse. *Development and Psychopathology*, 24, 537-552. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1017/S0954579412000144>
- Oehlman Forbes, D., Lee, M., & Lakeman, R. (2020). The role of mentalization in child psychotherapy, interpersonal trauma, and recovery: a scoping review. *Psychotherapy Advance*. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/pst0000341>
- Okur, P., Pereda, N., Van Der Knaap, L. M., & Bogarts, S. (2019). Attributions of blame among victims of child sexual abuse: findings from a community sample. *Journal of Child Sexual Abuse*, 28(3), 301-317. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/10538712.2018.1546249>
- O'Reilly, A. (2016). *Matricentric feminism, theory, activism, and practice*. Bradford: Demeter Press.
- Ostberg, M., & Hagekull, B. (2000). A structural modeling approach to the understanding of parenting stress. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(4), 615-625. [https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1207/S15374424JCCP2904\\_13](https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1207/S15374424JCCP2904_13)
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd.). Armand Colin.
- Putnam, F. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), 269-278. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1097/00004583-200303000-00006>

- Putnam, F. W., Amaya-Jackson, L., Putnam, K. T., & Briggs, E. C. (2020). Synergistic adversities and behavioral problems in traumatized children and adolescents. *Child Abuse & Neglect, 106*, 1-10. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.chiabu.2020.104492>
- Quas, J., Goodman, G., & Jones, D. P. (2003). Predictors of attributions of self-blame and internalizing behavior problems in sexually abused children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 723-736. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1111/1469-7610.00158>
- Rainelli, C., Orliaguet, M. H., & Villars, M. L. (2012). Reviviscence traumatique lors de la grossesse et de la naissance des abus sexuels subis pendant l'enfance. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 60*, 356-361. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.neurenf.2012.05.531>
- Rudolph, J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2018). Reviewing the Focus: A Summary and Critique of Child-Focused Sexual Abuse Prevention. *Trauma, Violence, & Abuse, 19*(5), 543-554. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1177/1524838016675478>
- Saha, S., Chung, M. C., & Thorne, L. (2011). A narrative exploration of the sense of self of women recovering from childhood sexual abuse. *Counselling Psychology Quarterly, 24*(2), 101-113. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/09515070.2011.586414>
- Saunders, E. A., & Edelson, J. A. (1999). Attachment style, traumatic bonding, and developing relational capacities in a long-term trauma group for women. *International Journal of Group Psychotherapy, 49*(4), 465-485.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: Benefit finding, positive reappraisal coping, and posttraumatic growth in women with

- early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(3), 487-497. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/0278-6133.22.5.487>
- Sinko, L., Schaitkin, C., & Saint Arnault, D. (2021). The healing after gender-based violence scale (GBV-Heal): An instrument to measure recovery progress in women-identifying survivors. *Global Qualitative Nursing Research*, 8, 1-13. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1177/2333393621996679>
- Shakespeare-Finch, J., & De Dassel, T. (2009). The impact of child sexual abuse on victims/survivors. Exploring posttraumatic outcomes as a function of childhood sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 18, 623-640. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/10538710903317224>
- Shapiro, J. P. (1995). Attribution-based treatment of self-blame and helplessness in sexually abused children. *Psychotherapy*, 32, 581-591. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1037/0033-3204.32.4.581>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Stoltenborgh, M., Van Ijzendoorn, M. H., & Euser, E. M.-K. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16, 79-101. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1177/1077559511403920>
- Taylor, S., & Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64(4), 873-898. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00947.x>

- Tarquinio, C., Houllé, W. A., & Tarquinio, P. (2017). Discussion autour du traumatisme complexe: émergence du concept, étiologie et critères diagnostiques. *Sexologies*, 26, 79-86. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.sexol.2016.03.007>
- Tedeschi, R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1-18. [https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1207/s15327965pli1501\\_01](https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1207/s15327965pli1501_01)
- Tyson, A. A., & Goodman, M. (1996). Group treatment for adult women who experienced childhood sexual trauma: Is telling the story enough? *International Journal of Group Psychotherapy*, 46(1), 535-542.
- van der Kolk, B. (2014). *The body keeps the score. Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Penguin Books.
- Vilenica, S., Shakespeare-Finch, J., & Obst, P. (2012). Exploring the process of meaning making in healing and growth after childhood sexual assault: A case study approach. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(1), 39-54. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/09515070.2012.728074>
- Wagenmans, A., Van Minnen, A., Seijpen, M., & De Jongh, A. (2018). The impact of childhood sexual abuse on the outcome of intensive trauma-focused treatment for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 9, 1-12. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/20008198.2018.1430962>

- Walker-Williams, H., van Eaden, C., & van der Merwe, K. (2012). The prevalence of coping behavior, posttraumatic growth and psychological well-being in women who experience childhood sexual abuse. *Journal of Psychology in Africa*, 22(4), 617-626.
- Walker-Williams, H., van Eaden, C., & van der Merwe, K. (2013). Coping behaviour, posttraumatic growth and psychological well-being in women with childhood sexual abuse. *Journal of Psychology in Africa*, 23(2), 259-268.
- Walsh, K., Fortier, M. A., & Dilillo, D. (2010). Adult coping with childhood sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Aggression and Violent Behavior*, 15, 1-13. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1016/j.avb.2009.06.009>
- Wolfsdorf, B. A., & Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 57(2), 169-181. [https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1002/1097-4679\(200102\)57:2<169::AID-JCLP4>3.0.CO;2-0](https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1002/1097-4679(200102)57:2<169::AID-JCLP4>3.0.CO;2-0)
- Zinzow, H., Seth, P., Jackson, J., Niehaus, A., & Fitzgerald, M. (2010). Abuse and parental characteristics of blame, and psychological adjustment in adult survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19, 79-98. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1080/10538710903485989>
- Zvara, B. J., Meltzer-Brody, S., & Mills-Koonce, W. R. (2017a). Maternal childhood sexual trauma and early parenting: Prenatal and postnatal associations. *Infant and Child Development*, 26, 1-21. <https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1002/icd.1991>

Zvara, B. J., Mills-Koonce, R., Appleyard Carmody, K., & Cox, M. (2017b). Maternal childhood sexual trauma and child conduct problems. *Journal of Family Violence*, 32(2), 231-242.  
<https://doi-org.proxybiblio.uqo.ca/10.1007/s10896-016-9876-1>



ANNEXE A – Certificat d'éthique et de recherche, étude de Natalie Charron, Karine Baril et  
Amélie Couvrette



Le 04 avril 2019

Natalie Charron  
Étudiante  
Université du Québec en Outaouais

**Projet # 2019-194 - CPT chez mères ASE**

**Titre : La croissance posttraumatique chez les mères victimes d'agression sexuelle dans l'enfance : une étude qualitative.**

**Financement: Aucun**

---

Mme Charron,

Après évaluation de votre formulaire soumis pour le projet mentionné en objet, le CER de l'UQO confirme que celui-ci ne nécessite pas d'évaluation éthique.

Nous vous rappelons toutefois qu'en cas de changement au projet qui aurait un impact sur les aspects éthiques de la recherche auprès d'êtres humains, il est de votre responsabilité d'en informer le CER de l'UQO et d'obtenir son approbation AVANT de débiter toute collecte et/ou consultation de documents et/ou banques de données impliquant des sujets humains.

Merci.

**Le CER de L'UQO**

André Durivage  
Président du CER de l'UQO

*Annexe B- Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency (MTRR) modifié*

## ***Multidimensional Trauma Recovery and Resiliency (MTRR-modifié)***

J'aimerais commencer par vous poser diverses questions sur votre vie. Je vais peut-être devoir vous interrompre à divers moments, pour que l'entrevue dure environ deux heures.

**1. Pour commencer, en remontant à travers tous vos souvenirs, racontez-moi l'histoire de votre vie, depuis votre naissance jusqu'à aujourd'hui, comme si vous vouliez en faire un film.**

*Explorer la présence d'un ou deux souvenirs spécifiques si le sujet ne parle que de généralités.  
Explorer pour des souvenirs positifs et négatifs si l'un des deux est absent.*

**2. Maintenant, si vous le pouvez, parlez-moi d'une expérience douloureuse ou traumatique que vous ayez vécue. Y a-t-il eu d'autres événements dans votre enfance ou votre adolescence qui ont été douloureux ou traumatiques?**

- Quand vous vous rappelez les événements comme ceux-là, comme vous le faites maintenant, est-ce que vous ressentez quelque chose?

- Est-ce que vous souvenez de la façon dont vous vous êtes sentie au moment des événements ou si vous revoyez ces sentiments en vous rappelant les événements?

- Est-ce qu'il y a des trous dans votre mémoire, de longues périodes qui semblent manquer ou qui sont floues, des semaines, des mois, même des années?

**3. Maintenant, parlez-moi de votre vie actuelle – de ce que vous faites comme travail; qui sont les personnes importantes dans votre vie ?**

*Explorer les domaines suivants, en suivant le discours de la personne pour déterminer l'ordre des questions.*

### ***Capacité de raconter une histoire de vie cohérente et continue***

- D'habitude, vous souvenez-vous de ce qui vous arrive au jour le jour? Est-ce que vous avez tendance à oublier facilement des choses qui viennent juste de vous arriver?

### ***Statut et histoire de travail***

*Est-ce que la personne peut travailler efficacement lors de périodes de stress.*

*Est-ce qu'elle se sert du travail pour éviter des sentiments perturbateurs ou éviter des relations.*

*Est-ce que la personne est engagée dans un travail motivant et valorisant?*

*Est-ce que la personne se sert du travail d'une façon positive (comme structure, routine, soutien financier, estime de soi...?)*

### ***Histoire maternelle.***

*Documenter la période prénatale (grossesse), l'accouchement et la période post-natale et les émotions, pensées et difficultés associées.*

**Vous m'avez parlé du moment où vous avez eu votre premier enfant. J'aimerais qu'on en parle davantage.**

-Qu'est-ce qui vous a amené à avoir un premier enfant? Quel âge aviez-vous?

-Comment votre grossesse s'est déroulée? Quelles étaient vos émotions face à votre grossesse? sexe

-Décrivez-moi l'expérience de votre premier accouchement. Y a-t-il eu des complications?

-Parlez-moi de vos premiers mois avec votre bébé. L'avez-vous allaité? (Intentions, difficultés).

-(*Si la mère a plus d'un enfant biologique*) Est-ce que la situation était différente pour vos autres enfants? Quelles étaient les différences?

### ***Les relations familiales.***

*Est-ce que la personne maintient des liens avec sa famille d'origine?*

*Est-ce que la personne a établi sa propre famille ou un réseau qui fonctionne comme une famille et distinct des amitiés en général?*

-Est-ce qu'il y a des membres de votre famille ou vos amis que vous considérez comme une famille, sur qui vous savez que vous pouvez compter et qui peuvent compter sur vous. Est-ce que vous êtes capable de parler de choses intimes ou importantes pour vous avec votre famille?

### ***Rôle maternel***

**-Parlez-moi de vous en tant que mère... Parlez-moi de votre relation avec vos enfants. Comment vous percevez-vous comme mère ?**

*-Quelles sont les règles de base à la maison avec votre(vos) enfants?*

*-Quand votre(vos) enfant(s) fait (font) quelque chose de mal, est-ce qu'il est puni? De quelle façon habituellement?*

*-Est-ce que vous diriez que vous êtes plutôt un parent de type à ne pas donner trop de restriction et de punitions à votre enfant, à favoriser l'obéissance et le respect de l'autorité ou à privilégier la discussion, la négociation et les compromis pour gérer les difficultés?*

*-Décrivez-moi un moment avec votre enfant qui est selon vous typique de votre relation.*

### ***Histoire de relations amoureuses et sexuelles.***

*S'assurer d'explorer la qualité des relations - aimantes, abusives... Si le participant reconnaît être actif sexuellement, explorer sa capacité à négocier et à s'engager dans des pratiques sexuelles sécuritaires et consensuelles ou s'il a tendance à s'engager sans discernement dans des relations sexuelles où il y a de l'exploitation.*

*-(pour une ou deux relations amoureuses/sexuelles significatives, incluant la dernière) Décrivez-moi un moment que vous avez passé avec (nom de la personne) qui est typique de votre relation?*

-Est-ce que ce serait correct si je vous posais quelques questions sur la sexualité? C'est comment pour vous la sexualité? Généralement, est-ce que vous prenez plaisir à la sexualité ou

est-ce que cela vous fait parfois sentir anxieuse ou inconfortable? Est-ce que cela vous arrive de détester cela ou de l'éviter?

***Vie sociale et qualité des amitiés.***

*Est-ce que la personne a des amitiés intimes durables?*

-Est-ce que vous avez des amis sur qui vous pouvez compter et qui peuvent compter sur vous?

-Est-ce que vous avez des amis avec qui vous partagez des choses intimes et importantes pour vous?

-Est-ce que vos amis connaissent votre histoire d'abus sexuel?

-Est-ce qu'il y a des hommes et des femmes dans vos amis?

-Est-ce qu'il y a de vos amis qui ont aussi eu une histoire comme la vôtre? Est-ce que vous passez du temps à parler de ces expériences ensemble? Parlez-vous aussi d'autres choses?

***Relations plus générales.***

*Lorsque nécessaire, explorer les points suivants.*

-Est-ce que vos relations ont tendance à être égalitaires ou bien si un des deux a le dessus sur l'autre?

-Est-ce que vous avez de la difficulté à faire confiance aux gens? Est-ce que cela vous arrive de faire trop confiance aux autres?

-D'habitude, est-ce que vous êtes capable de demander ce que vous voulez et ce dont vous avez besoin dans une relation? Vous sentez-vous confortable de dire non aux gens quand vous en avez besoin?

-Quelles sont les façons dont vous pouvez prendre soin des autres? Quelles sont les façons dont les autres peuvent prendre soin de vous?

-Est-ce que vous avez déjà été dans une relation avec quelqu'un qui abusait de vous émotionnellement, physiquement ou sexuellement? Est-ce que les gens autour de vous s'inquiètent de votre bien-être dans ta relation avec quelqu'un d'autre?

-Est-ce que ça vous arrive de vous inquiéter de votre colère dans vos relations? Est-ce que cela vous est déjà arrivé d'abuser émotionnellement, physiquement ou sexuellement de quelqu'un?

**4. Est-ce que le type de relations que vous établissez ou la qualité de ces relations ont changé avec le temps (dans les dernières années), autant avec votre famille, qu'avec vos amis ou vos amoureux?**

**5. Vous m'avez parlé d'expériences assez douloureuses (difficiles) (mentionner ce que la personne a dit d'une expérience douloureuse dans l'enfance ou l'adolescence). Est-ce qu'il arrive que des souvenirs de ces expériences ou d'autres expériences douloureuses arrivent tout à coup dans votre tête et vous empêchent de penser à autre chose ou vous empêchent de faire quelque chose?**

*Si oui, explorer la fréquence et le dernier épisode. Explorer, si approprié les thèmes suivants :*

-Lorsque cela arrive, que faites-vous pour vous changer les idées, pour vous éloigner de ces souvenirs? Est-ce que cela fonctionne?

-Avez-vous des sentiments différents aujourd'hui quand vous repensez à ces événements? Lorsque vous vous souvenez d'événements qui vous ont déjà fait peur, est-ce qu'il vous arrive d'avoir des réactions surprenantes, comme de partir à rire?

-Est-ce que vous avez déjà eu l'impression que quelque chose d'épouvantable qui vous est arrivé dans le passé vous arrivait de nouveau?

-Est-ce que cela vous arrive d'être tellement bouleversée ou débordée par un souvenir que vous ne pouvez plus fonctionner ou travailler?

**6. Est-ce qu'il y a eu des changements dans les souvenirs de votre passé, dans la façon de vous souvenir de, par exemple dans les détails dont vous vous rappelez ou de leur intensité?**

**7. Selon vous, quels sont les impacts que ces événements traumatisants que vous avez vécus ont sur votre vie de tous les jours aujourd'hui, de quelque façon que ce soit?**

-Avez-vous des difficultés à dormir? Faites-vous des cauchemars?

-Comment sont vos habitudes alimentaires? (*explorer pour des problèmes d'appétit reliés à la dépression et à des troubles alimentaires*)

-Êtes-vous facilement surprise ou sursautez-vous facilement? Vous sentez-vous souvent sur vos gardes, comme si vous vouliez être attentive au moindre danger?

-Est-ce que vous avez vécu d'autres événements traumatiques ou épouvantables depuis qui peuvent ressembler à ce que vous avez vécu auparavant?

-Est-ce que vous faites exprès d'éviter de faire des choses pour ne pas être bouleversée? (*si oui*) Est-ce que cela interfère avec votre vie?

-Est-ce que l'alcool et la drogue font ou ont déjà fait partie de votre vie?

**8. Quand vous êtes anxieuse ou bouleversée, quelles sont les choses que vous pouvez faire pour vous aider à vous en sortir ou à en venir à bout?**

*Explorer autant pour des stratégies adaptées que mésadaptées.*

-Est-ce que vous avez des moyens de vous calmer quand vous en avez besoin?

-Est-ce qu'il y a des activités que vous faites pour le plaisir, ou pour vous relaxer ou diminuer votre stress?

-Est-ce qu'il y a d'autres choses que vous faites, comme faire partie d'un groupe, qui vous aident à faire face à vos pensées ou vos sentiments qui sont dérangeants?

**9. Est-ce que vous avez changé dans la façon que vous avez de vous aider à vous en sortir ou de venir à bout de vos difficultés?**

**10. Maintenant, je vais vous poser des questions sur vos sentiments et sur la façon dont vous vous en occupez. Quelle est votre humeur normale, c'est-à-dire, comment vous sentez-vous d'habitude?**

-Êtes-vous une personne qui ressentez toutes sortes d'émotions, comme le bonheur, la tristesse, la colère, la peur, l'excitation, la curiosité, ou est-ce qu'il y a des émotions que vous ne ressentez pas souvent?

-Êtes-vous une personne émotive? Est-ce que vos émotions ont tendance à être intenses? (*demander un exemple spécifique*)

-Vous sentez-vous souvent triste? Anxieuse ou paniquée? Honteuse? Coupable? Fâchée? (*explorer les émotions spécifiques lorsque pertinent*)

-Est-ce qu'il y a des émotions qui sont particulièrement difficiles à tolérer pour vous? Par exemple, est-ce que c'est difficile pour vous de vous sentir fâchée ou de vous sentir heureuse et optimiste? (*explorer comment la personne gère ces émotions en demandant des exemples spécifiques*)

-Est-ce qu'il vous arrive d'avoir de la difficulté à savoir ce que vous ressentez? Par exemple, y a-t-il des moments où vous vous sentez agitée, mais sans vraiment savoir ce qu'est ce sentiment?

-Est-ce qu'il y a des moments où vous ne ressentez pas grand-chose ou que vous vous sentez engourdie? Avez-vous l'impression de vous couper de vos émotions?

-Est-ce qu'il vous arrive d'avoir des sensations intenses ou des sensations corporelles étranges qui semblent arriver de nulle part?

**11. Est-ce qu'il y a eu des changements dans votre vie dans ce que vous ressentez, dans l'intensité avec laquelle vous ressentez les choses, dans votre capacité à composer avec des sentiments plus difficiles?**

**12. Maintenant, je vais vous poser des questions sur la façon dont vous vous voyez, la façon dont vous vous sentez face à vous-même, et la façon dont vous prenez soin de vous-même. On peut commencer par les sentiments. En général, comment sentez-vous face à vous-même? Est-ce que vos sentiments par rapport à vous ont tendance à changer beaucoup d'un jour à l'autre, ou d'un moment à l'autre?**

*Explorer, si c'est approprié, les sentiments d'être différent, ou spécial, les sensations d'intégration (wholeness) vs. les sensations de fragmentation ou de discontinuité du sens de soi, pour des sentiments d'être féminin ou masculin, des sentiments liés au corps et des informations sur les capacités du sujet pour des capacités d'autoprotection vs. d'automutilation/destruction.*

-Trouvez-vous que vous êtes une personne spéciale ou différente, que ce soit positivement ou négativement? (*si la personne a une faible estime d'elle-même, explorer expérience du soi comme étranger, mauvais ou endommagé*)

-En général, vous sentez-vous comme une personne entière, ou si parfois vous vous sentez comme si les différentes parties de vous n'allaient pas ensemble? Avez-vous déjà utilisé un autre nom que le votre ou donné différents noms pour séparer des parties de vous-même? Vous êtes-vous déjà sentie comme si vous étiez plusieurs personnes? Avez-vous tendance à garder des secrets, ou à travailler fort pour garder séparées différentes parties de votre vie?

-Avez-vous déjà eu l'impression de quitter votre corps ou que votre corps vous apparaissait étrange ou irréel?

-Est-ce que vos espoirs et vos objectifs restent pas mal les mêmes de semaine en semaine ou s'ils changent souvent?

-Comment vous sentez-vous en tant que femme/homme?

-Comment vous sentez-vous face à votre corps? Est-ce que vous prenez bien soin de vous et de votre corps ou s'il y a des moments où vous ne le faites pas?

-Comment vous portez-vous physiquement? Avez-vous souvent des maux de tête, de dos, les muscles tendus, ou des crampes d'estomacs? Est-ce que vous recherchez de l'aide médicale quand vous en avez besoin? Est-ce qu'il vous arrive d'attendre trop longtemps pour voir le médecin?

-Est-ce qu'il vous arrive d'avoir l'impulsion de vous blesser, comme de vous couper ou de vous brûler?

-Est-ce qu'il vous arrive de prendre des risques qui ne sont pas nécessaires, comme de conduire dangereusement, ou de vous promener seule dans des parties dangereuses de la ville lorsque vous n'avez pas à le faire ou de rentrer à la maison avec des étrangers qui pourraient vous blesser? Est-ce qu'il vous arrive de vous retrouver dans des situations dégradantes où vous vous sentez humiliée?

**13. Avec le temps, est-ce que vous avez changé la façon dont vous vous traitez ou dont vous traitez votre corps?**

**14. Est-ce que vous trouvez que la vie a un sens?**

*Suggérer : Est-ce que vous avez parfois l'impression que la vie n'a pas de sens? Explorer l'intensité et la chronicité de ces sentiments.*

-Qu'est-ce qui donne un sens à votre vie?

-Est-ce qu'il y a des gens ou des groupes qui donnent un sens à votre vie et avec qui vous partagez des valeurs et des buts communs? Sentez-vous que vous faites partie d'une communauté plus large? Êtes-vous impliquée dans des groupes communautaires, des activités ou des causes communautaires?

-Vous percevez-vous comme une personne religieuse ou spirituelle? (*si oui*) Est-ce qu'il y a des pratiques religieuses ou spirituelles qui sont une partie importante de votre vie?

**15. Comment comprenez-vous ou expliquez-vous les expériences douloureuses ou traumatiques que vous avez vécues dans votre vie?**

-Qui ou quoi considérez-vous responsable de ce qui vous est arrivé?

-Jusqu'à quel point est-ce que votre vie actuelle tourne autour de ces événements?

-Est-ce que le monde vous apparaît être un endroit dangereux? Est-ce que votre façon de voir le monde vous sépare des autres ou vous fait sentir seule?

**16. Avec le temps, est-ce qu'il y a eu des changements dans votre façon de comprendre ces événements? Comment? Avez-vous l'impression que la vie n'a plus de sens ou moins de sens qu'auparavant?**

**17. Comment vous sentez-vous face à l'avenir?**

-Êtes-vous optimiste face à la façon dont votre vie va se dérouler? Que vous voyez-vous faire dans les quelques prochaines années? Êtes-vous optimiste face au déroulement futur de la vie d'autres personnes?

**18. J'apprécie vraiment le temps que tu vous avez pris pour répondre à ces questions. Comment cela s'est passé pour vous?**

**19. Est-ce qu'il y aurait d'autres difficultés ou d'autres ressources que vous avez dont nous n'avons pas parlé?**

**Est-ce que vous aimeriez ajouter quelque chose?**

**Est-ce que vous avez des questions?**

*Terminer l'entrevue en remerciant le participant, en l'invitant à poser des questions et en l'assurant de la valeur et de la contribution qu'elle nous apporte, à la recherche et aux autres victimes.*