UQAC
Université du Québec
à Chicoutimi

Le processus de rétablissement de personnes qui ont développé un trouble mental après avoir été victimes de crimes violents

Par Isabel Gauthier

Mémoire présenté à
l'Université du Québec à Chicoutimi comme exigence partielle
de la maitrise en travail social
offerte à l'Université du Québec à Chicoutimi en vertu d'un protocole d'entente
avec l'Université du Québec en Outaouais

Québec, Canada

© Isabel Gauthier, 2020

RÉSUMÉ

Chaque année au Québec, les crimes violents touchent 1 personne sur 20, la majorité des victimes étant des femmes. Ces crimes ont des conséquences importantes. Ils sont associés à de l'évitement, de la méfiance, à la difficulté à refaire confiance à autrui, ainsi qu'à un plus grand risque de développer un trouble mental (Norris et Kanisasty, 1994; Organisation mondiale de la santé [OMS], 2013). Plusieurs facteurs pourraient influencer le parcours de rétablissement de ces victimes. Le soutien social et la résilience ont été identifiés comme étant des facteurs clés aidant au rétablissement de personnes ayant des troubles mentaux (Caron et Guay, 2005; Duplantier, 2011), mais peu d'études ont posé un regard sur le rétablissement des personnes victimes de crimes violents ayant développé des troubles mentaux et encore moins sur le soutien social qu'elles ont exprimé avoir reçu.

Cette recherche a ainsi pour objectif de documenter le processus de rétablissement des personnes victimes de crimes violents qui ont développé un trouble mental. Plus particulièrement, elle mettra en lumière la contribution du soutien social et de la résilience dans ce processus. Afin de répondre aux objectifs de l'étude, un devis descriptif mixte, avec une majeure qualitative, a été privilégié. Au total, huit personnes, dont 7 femmes et 1 homme dont l'âge moyen est de 44 ans (*ET*=12,47) ont accepté de participer à l'étude. La majorité de ces participantes ont été volontairement recrutées dans un Centre d'aide pour les victimes d'actes criminels (CAVAC). Afin d'explorer et de documenter les parcours de rétablissement des participantes, une entrevue semi-dirigée a été réalisée et trois questionnaires auto-rapportés ont été administrés.

L'analyse des données qualitatives et quantitatives indique que les participantes de l'étude ont cheminé dans le rétablissement de leur trouble mental et que des personnes significatives présentes au sein de leur réseau social les ont aidées à se sentir considérées, reconnues et valorisées. Enfin, le soutien offert par les ressources d'aide, notamment celles du système judiciaire, a parfois aidé et a d'autres fois nui à leur rétablissement. La revictimisation, la lourdeur du système de justice ainsi que le soutien offert par la famille ont été les principaux facteurs identifiés par les répondantes comme n'ayant pas su répondre à leurs besoins. Pour les participantes pour qui le soutien social semble avoir le moins contribué à leur cheminement, la capacité de résilience a été un facteur clé qui leur a permis de limiter l'effet du crime subi sur leur bien-être.

Ces résultats doivent être interprétés en considérant les limites et forces de cette étude. Le petit échantillon de participantes[1] volontaires (n = 8), recrutées au sein d'un seul milieu, témoigne d'une réalité restreinte qui pourrait s'avérer biaisée, notamment en raison de la non atteinte de la saturation empirique des données. Malgré cette limite, cette étude présente des forces notamment quant aux retombées pour la recherche et la pratique. Elle soulève l'importance de la qualité des liens sociaux pour soutenir les personnes victimes de crimes violents dans leur rétablissement. Un réseau de soutien social optimisé par des interventions pourrait faciliter le rétablissement et aider à renforcer le sentiment de protection fragilisé par les violences vécues. Développer des interventions favorisant la capacité de résilience pourrait aussi être un facteur clé prédisposant les victimes à pouvoir compter sur l'autre de nouveau.

[1] Du fait que l'échantillon de cette étude est composé majoritairement de femmes, l'utilisation de la forme féminine du terme « participant » a été privilégiée tout au long de ce mémoire.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ ..... **II**

LISTE DES TABLEAUX ..... **VII**

LISTES DES FIGURES ..... **VIII**

LISTE DES ABRÉVIATIONS ..... **IX**

REMERCIEMENTS ..... **XI**

INTRODUCTION **1**

CHAPITRE 1 ..... **4**

1.1 DÉFINITION ET AMPLEUR DES CRIMES VIOLENTS AU CANADA ET AU QUÉBEC 5
1.2 LES CONSÉQUENCES DES CRIMES VIOLENTS 7
1.2.1 Conséquences physiques *8*
1.2.2 Conséquences économiques *9*
1.2.3 Conséquences sociales *10*
1.2.4 Conséquences psychologiques *12*

CHAPITRE 2 ..... **17**

2.1 LES CONCEPTS DE SANTÉ MENTALE ET DE TROUBLE MENTAL 18
2.2 LE RÉTABLISSEMENT 20
2.2.1 Deux conceptions du rétablissement *21*
2.2.2 Les phases du rétablissement *24*
2.2.2.1. La phase initiale : Trouver et entretenir de l'espoir 25
2.2.2.2. Les phases intermédiaires : Reconstruire une identité positive de soi et donner du sens à sa vie 25
2.2.2.3. La phase finale : Reprendre du pouvoir sur sa vie 26
2.2.3 Les facteurs d'influence du rétablissement des personnes *26*
2.2.3.1. La redéfinition du « soi ». 28
2.2.3.2. La reprise de pouvoir d'agir 30
2.2.3.3. La relation avec les autres (soutien émotionnel). 31
2.3 LA RÉSILIENCE 34
2.4 ÉTAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES SUR LE RÉTABLISSEMENT DES PERSONNES VICTIMES DE CRIMES VIOLENTS 36

CHAPITRE 3 ..... **38**

3.1 LE MODÈLE BIOÉCOLOGIQUE 39
3.2 LE LIEN SOCIAL 42
3.3 LE SOUTIEN SOCIAL 46

CHAPITRE 4 ..... **50**

4.1 LE TYPE D'ÉTUDE 51
4.2 LA QUESTION ET LES OBJECTIFS DE RECHERCHE 52
4.3 LA POPULATION, LA MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE ET L'ÉCHANTILLON 52
4.4 LA STRATÉGIE DE COLLECTE DE DONNÉES 55
4.4.1 Déroulement des rencontres avec les participantes *56*
4.4.2 Les outils de collecte de données *57*
4.5 L'ANALYSE DES DONNÉES 60
4.5.1 Analyses qualitatives *60*
4.5.2 Analyses quantitatives *61*
4.6 L'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE 63
4.7 LA DIFFUSION DES RÉSULTATS 65

CHAPITRE 5 ..... **67**

5.1 Le portrait qualitatif de huit situations de violence vécues par les répondantes 69
5.1.1 Sofia *71*
5.1.2 Xavier *72*
5.1.3 Florence *73*
5.1.4 Claude *74*
5.1.5 Béatrice *75*
5.1.6 Laura. *76*
5.1.7 Charlie *77*
5.1.8 Sara *79*
5.2 Les procédures judiciaires et les suivis psychologiques et médicaux offerts aux personnes victimes de crimes violents dans la collectivité 80
5.2.1 Association entre résilience, soutien social et stades de rétablissement *82*
5.2.2. Synthèse des répercussions rapportées par les répondantes à la suite de crimes violents *88*
5.3 Le microsystème : le réseau social de femmes ayant développé des troubles mentaux à la suite de crimes violents 91
5.3.1 Les personnes ayant eu un impact positif dans les parcours de rétablissement des répondantes. *93*
5.3.2. L'appréciation subjective des formes de soutien reçu par les répondantes *96*
5.3.3. Soutien affectif *96*
5.3.4. Soutien matériel *99*
5.3.5. Soutien thérapeutique *100*
5.3.6. Soutien judiciaire *101*
5.4 D'autres facteurs individuels et environnementaux ayant influencé le rétablissement des répondantes . 103
5.4.1 La redéfinition de soi *103*
5.4.2. La dimension spirituelle *104*
5.4.3 La reprise de pouvoir d'agir. *108*
5.4.4 L'inclusion sociale *110*
5.4.4.1 Le bénévolat. 111
5.4.4.2 Le travail et les études. 111
5.4.4.3 Les loisirs. 112

CHAPITRE 6 113

6.1 Le parcours de femmes victimes de crimes violents 114
6.1.1 Actes violents vécus *115*
6.2 Les répercussions psychosociales des crimes violents 117
6.3 Les facteurs individuels et environnementaux ayant contribué au processus de rétablissement de personnes victimes d'épisodes de violence 120
6.3.1 Se reconnaître comme une personne victime : les procédures judiciaires et les services offerts aux victimes de crimes violents dans la collectivité *121*
6.3.2 Se distancer de l'agresseur : une question de contexte du crime ! *122*
6.3.3 Le soutien social : facteur essentiel au processus de rétablissement des femmes victimes de crimes violents ? *123*
6.3.4. Les liens sociaux ayant contribué au rétablissement des répondantes *126*
6.3.5. Qu'est-ce qui favorise l'espoir ? *129*
6.3.5.1 La résilience et la spiritualité comme facteur d'aide dans le parcours des répondantes 130
6.3.6. La reconstruction d'une identité positive de soi : La quête d'un mieux-être à la suite de crimes violents ! *132*
6.3.6.1. Une étape pivot au rétablissement des personnes victimes 134
6.4 Les forces et les limites de l'étude 136
6.4.1 Les forces *137*
6.4.2 Les limites *139*
6.5. Les pistes de recherche à explorer dans le futur et les retombées pour l'intervention sociale 141
6.5.1. Les pistes de recherche à explorer *141*
6.5.2 Les retombées pour l'intervention sociale *142*

CONCLUSION **147**
RÉFÉRENCES **150**
ANNEXE 1 : AIDE MÉMOIRE DES INTERVENANTS DU CAVAC **163**
ANNEXE 2 : DÉPLIANT EXPLICATIF **168**
ANNEXE 3 : AFFICHES PROMOTIONNELLES **170**
ANNEXE 4 : FICHE SIGNALÉTIQUE **171**
ANNEXE 5 : QUESTIONNAIRES **180**
ANNEXE 6: ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE **187**
ANNEXE 7 : APPROBATION ÉTHIQUE **192**
ANNEXE 8 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT **194**
ANNEXE 9 : DÉCLARATION D'HONNEUR **198**

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Profil des participantes à l'étude. 70

Tableau 2 : Soutien social, résilience et stade du rétablissement 83

Tableau 3 : Personnes ou animaux ayant eu un impact positif pour les participantes 95

Tableau 4 : Soutien judiciaire offert aux participantes 102

LISTES DES FIGURES

Figure 1:Schéma conceptuel illustrant le modèle écosystémique adapté au contexte théorique 49

Figure 2 : Soutien social et résilience des participantes au stade 4 du rétablissement 85

Figure 3 : Soutien social et résilience des participantes au stade 5 du rétablissement 85

LISTE DES ABRÉVIATIONS

BAnQ : Bibliothèque et archives nationales du Québec à Montréal

CALACS : Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel

CAVAC : Centre d'aide aux victimes d'actes criminels

CNESST : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail

ÉPS : Échelle de provisions sociales

ESG : Enquête sociale générale

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

ISQ : Institut de la statistique du Québec

IVAC : Indemnisation des victimes d'actes criminels

OBNL : Organisme à but non lucratif

OMS : Organisation mondiale de la santé

PASM : Plan d'action en santé mentale

RAMQ : Régime de protection de l'assurance maladie

STORI : Stages of Recovery Instrument

TM : Trouble mental

TMG : Trouble mental grave

TSPT : Trouble de stress post-traumatique

UQAM : Université du Québec à Montréal

À mon enfant, Laurence.

Exister, c’est oser se jeter dans le monde.
Simone de Beauvoir

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce projet d'étude a été possible grâce au soutien de personnes qui ont été présentes et disponibles pour moi depuis l'enfance. Je remercie chaleureusement toutes les personnes impliquées de près ou de loin dans ce projet. Merci de votre temps, de votre générosité et du partage de vos expériences de vie. La réalisation de ce projet n'aurait pas été possible sans la participation des personnes ayant participé à cette étude avec force, courage et espoir. Sa réalisation a aussi été possible grâce à l'accueil de Cindy Lapointe, de Jean-Thierry Popieul et de Jenny Charest du CAVAC de Montréal, ainsi qu'à l'implication des intervenants du milieu qui ont contribué au recrutement. Merci pour votre collaboration, votre confiance et votre ouverture.

Merci à ma directrice, Christiane Bergeron-Leclerc, pour son accompagnement et son encadrement. Merci pour ta sensibilité manifestée à mon égard, pour ton sens de l'écoute, ta rigueur et ta confiance en moi. La confiance que tu m'as accordée pour mettre à terme ce projet m'a semblé inébranlable, malgré les nombreux doutes évoqués. Tes qualités m'ont permis d'avoir la force, le courage et l'espoir de faire face aux obstacles et aux défis rencontrés durant ce projet des dernières années. Tu as su me transmettre ta rigueur intellectuelle et me partager ton expertise dans le domaine de la santé mentale. Merci aussi à Manon Doucet, à Danielle Maltais et à Dominic Bizot de m'avoir communiqué votre passion pour la recherche et de m'avoir accompagnée dans mon développement professionnel. Votre reconnaissance, votre expertise et votre soutien m'ont aidée et ont nourri ma détermination à poursuivre des études de 2e cycle.

Je tiens spécialement à remercier mes grands-parents, Claudette et Léopold, pour leur soutien affectif constant et leur regard bienveillant empreint de sérénité. Merci à mes parents, Chantal et Daniel, de m'avoir transmis votre curiosité intellectuelle, vos valeurs, votre sensibilité et votre sens de la discipline. Merci à celles qui occupent une place privilégiée dans mon cœur Linda et Manon, à mes sœurs Nellie et Marilou, à mes précieux ami·e·s Anaë, Sophie, Stéphane et Pierre, à ma belle-famille Rosario, Lucie et Raphaël et à mes complices et collègues de travail Chantal, Johanne, Lorraine et Marie-Karl. Votre présence, votre écoute et vos paroles d'encouragement durant les dernières années furent pour moi indispensables. Votre soutien m'a aidé à puiser l'énergie nécessaire à l'accomplissement de ce projet et je vous en suis reconnaissante. Merci aussi à Andréanne F. et à Emily pour votre collaboration et votre professionnalisme, ils furent grandement appréciés. Un merci chaleureux aux deux évaluatrices du mémoire : Jacinthe Dion, Ph.D. et Ève Pouliot, Ph.D pour votre relecture attentive. Vos commentaires constructifs m'ont aidé à raffiner ma penser et à bonifier ce mémoire.

Merci à Andréanne de m'avoir généreusement offert ton soutien quotidien sans le calculer. Merci pour ton sens de l'analyse critique qui m'ébranle, mais qui aussi me renforce, ainsi que pour tes commentaires si judicieux. Merci à ma nouvelle étoile, Laurence. Toutes deux, avez été mes principales sources de motivation pour clore ce long processus avec fierté.

INTRODUCTION

Au Québec, les violences perpétrées par autrui sont une épreuve vécue chaque année par 5,6% de la population, la majorité des victimes étant des femmes. Plusieurs d'entre elles ne dénonceront pas les violences subies, ce qui a pour effet de minimiser les données quant à l'ampleur réelle des situations de violence commise par autrui (Statistiques Canada, 2018). En 2010, Statistique Canada émettait le rapport de l'Enquête sociale générale (ESG) sur les crimes violents les plus souvent rapportées, soit : l'agression sexuelle, le vol qualifié et les voies de fait. Ces crimes affectent la vie des personnes victimes en ayant sur elles des conséquences physiques, sociales, financières et psychologiques. Être victime d'un crime violent a été associé à plus de symptômes psychologiques, à un plus grand risque de développer un trouble mental, ainsi qu'à une plus grande détresse (Norris et Kanisasty, 1994; Organisation mondiale de la santé [OMS], 2014). Cependant, à la suite des crimes violents subis, plusieurs facteurs influenceront le parcours de rétablissement des personnes victimes.

Ces facteurs s'inscrivent dans une dynamique d'interactions entre la personne et son environnement. La présente étude reposera donc sur un cadre conceptuel qui combinera le modèle bioécologique (Bronfenbrenner, 2005), la typologie des liens sociaux (Paugam, 2008) et le concept de soutien social (Caron, 1996) pour mieux comprendre les facteurs influençant le processus de rétablissement des personnes victimes de crimes violents. Cette étude tentera de mettre en lumière le vécu de femmes ayant développé un trouble mental à la suite d'une épreuve de violence subie en analysant leurs expériences de rétablissement, notamment en ce qui a trait au soutien social perçu et à leur capacité de résilience. Plus spécifiquement, elle visera l'atteinte de ces trois objectifs spécifiques : a) Décrire les répercussions des crimes violents sur la santé mentale; b) Décrire les facteurs individuels et environnementaux qui influencent positivement et négativement le rétablissement des

personnes victimes de violence et ayant développé des troubles mentaux et; c) Identifier les personnes ayant eu un impact significatif dans le rétablissement des personnes victimes de violence et ayant développé des troubles mentaux.

Pour ce faire, une recherche qualitative de type descriptive a été menée afin de documenter le processus de rétablissement de femmes victimes de crimes violents. La démarche phénoménologique employée permettra de rendre compte de l'expérience subjective des femmes ayant participé à l'étude. Aussi, l'utilisation de données quantitatives permettra l'analyse de scores auto-rapportés au sujet du rétablissement, du soutien social et de la capacité de résilience et aidera à examiner la convergence des données obtenues pour documenter le processus de rétablissement.

La première partie (les chapitres un, deux et trois) de ce mémoire présente les aspects théoriques du projet, à commencer par la problématique et la recension des écrits, pour finalement situer le cadre conceptuel de l'étude. La seconde partie (le chapitre quatre) aborde les aspects méthodologiques de la recherche. La dernière partie (les chapitres cinq et six), présente les résultats et la discussion de l'étude.

CHAPITRE 1
PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE

1.1 Définition et ampleur des crimes violents au Canada et au Québec

Le rapport de la sécurité publique sur les principales tendances de la criminalité indique qu'en 2009 au Québec, 56,1 personnes sur 1000 ont rapporté avoir été victimes d'un crime violent (Institut de la Statistique du Québec, 2015, p. 24). Selon une enquête menée par le ministère de la Sécurité publique (Gouvernement du Québec, 2013), le nombre de délits commis contre la personne montre une légère tendance à la diminution. À titre d'exemple, de 2011 à 2012, le taux de criminalité contre la personne a accusé un recul de 0,8% (Gouvernement du Québec, 2013). Malgré l'observation de cette diminution statistique, il n'en demeure pas moins que la violence contre la personne est un phénomène social préoccupant.

Au Canada, en 2013, sur 5190 crimes déclarés pour 100 000 habitants, 21% étaient des crimes violents (Statistique Canada, 2014a). Tout porte par ailleurs à croire que les taux de victimisation au Canada et au Québec sont probablement sous-estimés considérant les propos d'Hanson et Self-Brown (2010) qui soulignent que les victimes ne dénoncent vraisemblablement pas toutes leurs agresseurs. Malgré le fait que les agresseurs enfreignent le Code criminel canadien en plus de violer la Charte canadienne des droits et libertés, plusieurs facteurs amènent les victimes à ne pas les dénoncer. Ces facteurs peuvent être par exemple : la honte, la peur, la relation d'amour et de confiance ou encore d'amitié avec l'agresseur, le système de justice pénale, etc. (Baril, 2002; Buzawa et al., 2007; Wemmers, 2003). D'autres personnes victimes, en dépit du lien pouvant les unir à l'agresseur, choisiront toutefois de dénoncer cette violence, qui peut prendre la forme de la maltraitance, de l'agression physique, de la torture, de l'agression sexuelle, d'un enlèvement

et d'une séquestration, d'une tentative de meurtre, d'un attentat terroriste, d'un génocide, etc. (Josse, 2014). Les raisons qui motivent à dénoncer diffèrent toutefois d'une personne à l'autre (Statistique Canada, 2010). Les motifs varient en effet en fonction de deux facteurs importants pour la personne victime : a) le type de crime vécu (ISQ, 2015) et b) la nature de la relation qui l'unit à son agresseur (conjoint, parent, fratrie, etc.) (Wemmers, 2003).

C'est l'autorité politique d'un État qui a le pouvoir de traduire ces violences contre la personne en tant que crimes (Gariépy et Rizkalla, 2002). Cette violence est donc considérée comme étant criminelle seulement lorsqu'elle est perpétrée délibérément contre la personne et qu'elle lui cause des souffrances et des blessures de nature psychologique et physique (Cusson et al., 2013). Plus spécifiquement, pour Gariépy et Rizkalla (2002) c'est le Code criminel qui permet de distinguer les actes criminels d'autres infractions, en soulevant que l'acte criminel est « […] un crime grave pour lequel la poursuite se fait par voie de mise en accusation. » (p.123). Les trois crimes qui portent le plus fréquemment atteinte à l'intégrité physique des personnes au Canada[2], sont l'agression sexuelle, le vol qualifié et les voies de fait (Statistique Canada, 2015). En 2014, ils avaient respectivement touché, 22%, 12% et 10% de la population (Statistique Canada, 2015). Ils sont définis de la manière suivante :

- **Agression sexuelle** : Activité sexuelle forcée, tentative d'activité sexuelle forcée, ou attouchement sexuel, agrippement, baiser ou caresse non désiré.
- **Vol qualifié** : Vol ou tentative de vol dans lequel l'auteur a une arme ou dans lequel il y a des actes de violence ou des menaces de violence contre la victime.

[2] Les crimes perpétrés contre des groupes ou des communautés sont ici exclus.

- **Voies de fait** : Attaque (victime frappée, giflée, empoignée, poussée par terre ou battue), menace de préjudices physiques proférée face à face ou incident dans lesquels une arme est présente.

De plus, selon l'ESG de Statistique Canada (2000, 2005, 2010, 2015), les trois types de délit qui sont d'intérêt ici, sont ceux les plus fréquemment déclarés. Ces crimes représentent donc des coûts considérables pour l'État tant sur le plan social, économique, politique, que sur le plan de la santé; répercussions qui s'expriment jusque dans la famille et dans la communauté des personnes victimes (Josse, 2014). En effet, les interrelations entre la personne victime et son entourage risquent d'être affectées par le stress de la victimisation (Wemmers, 2003). La prochaine section tentera de dégager les conséquences des crimes violents, celles-ci attribuables à la manière dont certains crimes ont été vécus et perçus par les personnes, la famille, la collectivité.

1.2 Les conséquences des crimes violents

Les personnes victimes de crimes violents voient leur vie quotidienne et sociale bouleversée à divers égards. Par exemple, il est possible d'imaginer que la tentative de meurtre et l'agression sexuelle puissent marquer profondément les victimes et les membres de l'entourage, car l'acte violent génère possiblement une perte de sens des valeurs par sa nature déshumanisante. Selon Baril (2002) les obstacles que les personnes victimes rencontrent ont diverses conséquences qui se circonscrivent principalement en quatre dimensions, c'est-à-dire au plan : a) physique; b) économique; c) social; d) psychologique. Afin de mieux comprendre le fonctionnement et l'étendue des conséquences pour les

personnes victimes de crimes violents, il est intéressant de les détailler davantage pour tracer un portrait ajusté de leur situation.

1.2.1 Conséquences physiques

D'après le rapport de Statistiques Canada (2014b), le nombre de personnes victimes de crimes violents ayant subi au moins une blessure corporelle mineure est d'environ 134 000[3], représentant moins de la moitié (47 %) de l'ensemble des victimes de crimes violents. Toutefois, selon Wemmers (2003), à la suite d'un crime violent les personnes victimes peuvent souffrir des différentes blessures mineures ou graves causées par les gestes d'autrui. Ces blessures peuvent également engendrer pour les victimes de crimes des incapacités temporaires ou permanentes (Baril, 2002). Conséquemment, pour parvenir à tracer un portrait de la situation de la personne quant aux répercussions physiques Wemmers (2003) souligne qu'« il est important d'évaluer la gravité des blessures par rapport au contexte. » (p.68).

Les données de l'Institut national de la statistique du Québec (ISQ, 2015, p. 20) indiquent que parmi les crimes avec violence les voies de fait sont ceux qui se produisent le plus souvent (69,4 %), tandis que l'agression sexuelle est celle considérée comme étant le plus grave (16,5 %), hormis le meurtre. D'ailleurs, la parution en 2014 du Rapport annuel d'activité 2013 pour l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) (Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, 2014) va dans le même sens. Ce rapport indique

[3] Dans ce rapport de statistique Canada (p.6), ce chiffre révèle qu'environ 107 600 ont été blessées au moyen de la force physique, 24 776 au moyen d'une arme autre qu'une arme à feu et que 1 325 ont subi des blessures en raison de l'utilisation d'une arme à feu.

que ces deux actes criminels constituent 63 % des crimes pour lesquels les personnes font une demande de prestations[4]. L'atteinte à l'intégrité physique des personnes victimes s'avère donc être touchée différemment selon l'acte commis.

En plus de l'intégrité physique, la santé physique des victimes est également touchée. Les victimes d'actes criminels ont plus de risques de souffrir de douleurs chroniques, de fibromyalgie, de troubles gastro-intestinaux, de problèmes de sommeil et de constater une diminution de leur forme physique et de la qualité de vie qui y est associée (Wathen, 2012). Être victime d'un acte criminel violent pourrait aussi être un facteur de risque prédisposant aux problèmes de santé ultérieurs, puisqu'il a été montré que la fréquence de l'activité physique diminuait grandement après avoir subi un crime, les victimes se sentant moins en sécurité pour vaquer à leurs activités habituelles (Janke et al., 2016).

1.2.2 Conséquences économiques

Au Québec, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST) rapportait dans le rapport annuel de 2013 de l'IVAC que « les prestations versées à titre d'indemnités aux victimes d'actes criminels et à leurs personnes à charge totalisent 99 359 466,20 $ » (Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, 2014, p.17), ce qui représentait une augmentation de 10,7 % par rapport à l'année précédente. Les personnes victimes d'actes criminels peuvent donc bénéficier du soutien financier de l'État à partir du régime de protection de l'assurance maladie (RAMQ) et celui d'IVAC, afin

[4] IVAC (p.19) Tableau 2 - Les principaux type de crimes couvert sont : Agression armée/Infliction de lésions corporelles 22%; Voie de faits 4%; Témoin direct de voies de fait; Vol qualifié 3%; Voies de faits graves 2%; Tentative de meurtre 1%; Témoin d'agression armée/Infliction de lésions corporelles 1%.

de couvrir la plupart des frais médicaux relatifs aux soins de blessures. Par contre, il est possible de croire que les coûts globaux de la violence criminelle dépassent largement ceux calculés par l'IVAC. En effet, tout porte à croire que les multiples répercussions affectent non seulement les personnes victimes, mais également, bien qu'indirectement, leur famille ainsi que leur communauté. Ces pertes financières peuvent être directes (par ex. coût des biens volés ou endommagés, sommes d'argent volées) et indirectes (par ex. changements d'emplois dus à la peur; frais de sécurité accrue; déménagements; coûts de la collaboration avec le système de justice) (Baril, 2002; Wemmers, 2003).

1.2.3 Conséquences sociales

La littérature révèle que lorsque le problème de la violence criminelle « […] gagne en gravité et en fréquence dans un milieu, […il] déchire le lien social, diffuse la peur et détruit la confiance […] » (Cusson et al., 2013, p.13) ce qui amène des répercussions importantes sur le bien-être. En 2002, Baril a identifié quatre répercussions sociales pour les personnes victimes de violence criminelle : la rupture de liens, le stress vécu par l'entourage, la contagion de la peur (p.ex. par les médias) et la perpétuation de la violence. Les répercussions de cette violence affectent donc non seulement la personne, mais également les membres de son entourage ainsi que sa communauté. En effet, il est possible d'imaginer qu'à la suite d'un crime violent, la personne victime reçoive du soutien social des membres de son entourage (principalement les membres de la famille et les amis), ce qui peut contribuer à son bien-être (Andrews et al., 2003; Cyr et Wemmers, 2011; Feeney et Collin, 2015). Toutefois, il importe de considérer la manière dont la personne perçoit sa situation, c'est-à-dire si elle se considère être ou non une victime. Pour Wemmers (2003), se définir comme une victime peut au contraire contribuer à l'effritement des relations avec

l'entourage. Il faut savoir que la victimisation peut affecter le fonctionnement social de la personne victime, et ce, possiblement du fait que cette dernière en vienne à se percevoir différemment sur le plan identitaire. Cette nouvelle perception de soi peut avoir des répercussions sur ses interactions sociales, notamment sur sa relation amoureuse ou sur son rôle parental (Hanson et al., 2010). Il arrive également que l'entourage de la personne la définisse comme telle, alors qu'elle peut se percevoir autrement qu'en victime. Ce regard de l'entourage risque donc de générer des sentiments négatifs, comme le rejet, la stigmatisation, la discrimination qui peuvent mener la personne victime à vivre de l'exclusion sociale.

En 2011, Cyr et Wemmers ont d'ailleurs souligné que cette exclusion sociale peut aussi survenir de l'expérience des victimes d'actes criminels par rapport au système de justice pénale. Elles abordent la reprise de pouvoir d'agir de ces dernières et les facteurs structurels qui peuvent l'influencer, par exemple le soutien sociopolitique que ces victimes reçoivent. Considérant cet enjeu potentiel des droits des victimes dans le système de justice pénale qui peut avoir des répercussions sur le lien de citoyenneté, il semble opportun de prendre en compte cette possible rupture sociale pour les victimes que Paugam (2008) nomme, le déni de reconnaissance ou le déficit de protection.

L'effritement des relations avec l'entourage peut aussi être occasionné par le fait que l'agresseur se trouve dans cet entourage. Le rapport de l'IVAC (CSST, 2014) soulève que la majorité des personnes victimes connaissent leur agresseur (77,7 %), qu'il s'agisse d'un membre de la famille, d'une connaissance, du conjoint ou encore de l'ex-conjoint. La relation entre l'agresseur et la personne victime est reconnue comme un enjeu souvent majeur dans les situations de violence du fait de la possible perte de ce lien affectif. Ainsi, « la rupture d'un lien peut être une épreuve entraînant des conséquences graves pour

l'individu, [mais] elle peut aussi être un soulagement ou une sorte de libération. » (Paugam, 2008, p.88). Cette rupture du lien est, pour Paugam (2008), nécessairement causée par une modification de la situation de protection ou de la situation de reconnaissance et il les définit comme suit :

> La protection renvoie à l'ensemble des supports que l'individu peut mobiliser face aux aléas de la vie […], la reconnaissance renvoie à l'interaction sociale qui stimule l'individu en lui fournissant la preuve de son existence et de sa valorisation par le regard de l'autre ou des autres. (2008, p.63).

Vivre une rupture des liens sociaux occasionne le sentiment d'impossibilité de compter sur l'autre et pour l'autre (Paugam, 2008) et pourrait ainsi mener la personne à s'isoler socialement et à vivre de l'exclusion sociale.

1.2.4 Conséquences psychologiques

Parmi les conséquences présentées, celles qui touchent la dimension psychologique, selon Wemmers (2003), s'avèrent parmi celles les plus difficiles à vivre. Rossi et Cario (2013) vont sensiblement dans le même sens et soulignent que « la perte de la qualité de vie ou la détérioration du bien-être de la personne [est considérée comme] une des premières répercussions majeures de la victimisation violente » (p.536). La recherche de Norris et al. (1997) a quant à elle permis d'identifier certaines conséquences du crime violent sur la santé mentale qui affecteront notamment l'estime de soi, le sentiment de sécurité et la confiance en autrui des personnes victimes. De plus, ces conséquences peuvent se manifester sur le plan comportemental se traduisant par exemple par l'incapacité de sortir, le retrait social, la consommation abusive de drogues et d'alcool ou encore le fait de déménager fréquemment (Hill, 2003). En 2018, le Rapport québécois sur la violence et la santé de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) rapporte qu'à la suite d'une agression sexuelle à l'âge

adulte les conséquences les plus fréquemment vécues sont les suivantes : les symptômes de stress post-traumatique, la peur, l'anxiété, la phobie sociale, l'automutilation, les idéations suicidaires, les tentatives de suicide et l'abus de drogues et d'alcool. La majorité des effets observés sont donc négatifs, et ce, du fait que les conséquences psychologiques des crimes violents qui risquent fortement d'ébranler leur santé mentale. Ces multiples conséquences identifiées amènent à approfondir dans les prochains paragraphes l'influence qu'elles peuvent avoir sur le développement de troubles mentaux.

Plusieurs travaux sont parvenus à démontrer que de faire face à un crime violent fragilise l'état de santé mentale des personnes qui en sont victimes (Spencer et al., 2019; Pill et al., 2017; Hanson et Self-brown, 2010; Kazantzis et al., 2010; Goodman et al. 1999; Norris et Kaniasty, 1994). Les résultats de l'étude de Norris et Kanisasty (1994) démontrent en effet qu'à la suite de l'épisode de victimisation, un épisode de détresse passager peut survenir durant une période pouvant varier entre trois et neuf mois. Dans cette étude, ce fut le cas pour la majorité des participants victimes de violence.

Les écrits scientifiques sur le sujet des personnes victimes de violences contre la personne considèrent que cette population est à risque de développer « […] des troubles émotionnels et psychologiques incluant la dépression, le deuil compliqué [pathologique], l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique » (Brillon, 2017; Green et Roberts, 2008, cités dans Cusson et al., 2013, p. 888). Ces données viennent corroborer celles identifiées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2013). En effet, ces données indiquent que les personnes victimes de violences interpersonnelles sont susceptibles de développer des troubles mentaux (p. ex., la dépression et l'anxiété) et des troubles liés à l'utilisation de substances (p. ex., l'alcoolisme et la pharmacodépendance) (OMS, 2013) Les résultats de

l'étude longitudinale de Norris et Kanisasty (1994) ont d'ailleurs révélé qu'après une période de quinze mois, les personnes ayant été victimes de crimes violents présentaient davantage de symptômes dépressifs, psychosomatiques, anxieux, anxiophobiques que les personnes victimes de crimes non violents. Elles rapportaient également plus de méfiance, de comportements d'évitement et de peur par rapport au crime que les personnes victimes de crimes non violents.

Être victime d'un crime violent est donc associé à plus de symptômes et à un plus grand risque de développer un trouble mental (Norris et Kanisasty, 1994). Ces symptômes risquent donc d'affecter le fonctionnement social de personnes victimes en altérant ainsi leurs sphères de vie personnelle et professionnelle (Louville et Salmona, 2003). En fonction de l'expérience objective et subjective des personnes victimes de crimes violents, il semble pertinent d'interroger la gravité des symptômes associés aux troubles mentaux, ainsi que les conséquences possibles du type de crimes dans leur quotidien. En ce sens, pour être en mesure de tracer un portrait de la situation vécue par les personnes victimes de crimes violents Josse (2014) témoigne de l'importance d'identifier les variables liées à l'événement quant aux facteurs propres à la personne, mais aussi quant aux facteurs liés à son environnement de rétablissement, car leur addition risque d'aggraver la santé mentale de ce dernier. En 2003, Wemmers allait également dans le même sens en cherchant à mettre l'accent sur le processus de victimisation de personnes ayant vécu un crime violent. Cette auteure présente que ce processus peut entrainer le développement de problématiques de santé mentale dont la sévérité varie selon la nature du crime commis, les circonstances et la gravité de l'événement, la relation avec l'agresseur, mais aussi en fonction des

caractéristiques et des expériences de victimisation du passé et du présent de la personne et du regard que cette dernière pose sur sa situation de violence.

Considérant que de 17,8 % à 38,5 % des victimes d'acte criminel développent un trouble de stress post-traumatique (TSPT) (Rose et al., 2000 cités dans Cusson et al., 2013, p.559) et que les besoins psychosociaux engendrés par le trouble mental sont multidimensionnels (Lopez et Guay, 2013), il incombe de développer une connaissance plus approfondie des personnes qui ont été victimes de crimes violents afin de décrire quelles ont été les conséquences de cette violence sur leur santé mentale. Améliorer les connaissances quant à l'état de santé mentale de victimes peut aider à organiser différemment les services de soutien social offerts dans la communauté afin que ceux-ci répondent davantage aux besoins psychosociaux de la population à l'étude. Nonobstant les effets délétères de cette violence sur le plan de la santé mentale et sur celui comportemental, l'étude de Cyr et Wemmers (2011) rapporte toutefois que certaines personnes victimes d'actes criminels parviennent à recouvrer leur estime d'elle-même par des actions quotidiennes qui ont du sens, parvenant ainsi à influencer positivement leur vie par le développement de leur pouvoir d'agir.

Jusqu'ici, beaucoup d'études ont permis d'approfondir les connaissances liées aux multiples conséquences qu'entrainent les crimes violents sur la santé mentale des personnes victimes et des membres de leur entourage. Wemmers (2017) aborde la notion de rétablissement de la personne victime à l'aide d'un modèle qui s'inscrit dans un paradigme centré sur la victimisation plutôt que sur la santé mentale. L'auteur voit le rétablissement comme le cheminement d'une personne qui tente de donner un sens nouveau à son expérience de victimisation, le rétablissement étant centré sur le passage de l'état de victimisation

désorganisée à celui de victimisation subjectivement intégrée à l'histoire personnelle. Cette vision du rétablissement propose un modèle en quatre étapes : 1) la prévictimisation (état de fonctionnement précédent l'événement); 2) la victimisation; 3) la transition (tentative d'adaptation aux émotions et aux effets à long termes de la victimisation); et 4) la réorganisation (le retour à un état de fonctionnement stable). Elle se centre sur la subjectivité de l'expérience de rétablissement des victimes plutôt que sur son objectivation (réduction des symptômes, réintégration sociale, etc.). Or, ce modèle n'a pas été développé spécifiquement pour les victimes ayant développé un trouble mental à la suite d'un événement violent. Pour ces victimes, se rétablir signifie non seulement en arriver à un retour à la l'équilibre de vie pré-victimisation, mais aussi à un bien-être psychologique. Pour chercher à comprendre comment les personnes qui ont développé un trouble mental à la suite de crimes violents perçoivent leur rétablissement, il est souhaitable d'utiliser un modèle qui s'intéresse d'abord au rétablissement du trouble, le retour au bien-être psychologique étant prérequis pour le retour à un équilibre de vie. La recension des écrits du prochain chapitre présentera donc les concepts centraux de ce mémoire, soit le trouble mental, le processus de rétablissement de personnes aux prises avec des troubles mentaux et la résilience comme facteur d'aide au rétablissement.

CHAPITRE 2
RECENSION DES ÉCRITS

L'histoire de l'humanité nous raconte que devant l'épreuve, les hommes cherchent à se rétablir afin d'assurer leur survie. Dans le domaine de la santé mentale toutefois, ce n'est que dans les dernières décennies, à la suite des mouvements de désinstitutionalisation, que la notion de rétablissement a été mise de l'avant (Fortin, 2012). Même si la notion de rétablissement a émergé dans les années 1980, ce n'est qu'à partir des années 2000 qu'elle a été incorporée, à titre de principe directeur de l'organisation des services en santé mentale (MSSS, 2005, 2015). Au Québec, le concept du rétablissement devient l'un des principes directeurs de l'organisation des services en santé mentale en 2005 dans le cadre de l'adoption du Plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 (MSSS, 2005). Depuis 2015, le rétablissement demeure au coeur du PASM 2015-2020; il en est même désormais le principe directeur (MSSS, 2015). En 2012, Piat et Lal avaient d'ailleurs reconnu l'importance de miser sur le développement de politiques, de services et de formations soutenant la mise en œuvre de pratiques axées sur le rétablissement afin de pouvoir l'actualiser dans le dans le réseau de la santé au Canada.

Ce chapitre portera d'abord sur le rétablissement dans le domaine de la santé mentale, ainsi, avant de définir ce concept et ses composantes, il importera de s'attarder à la notion de trouble mental. De plus, considérant que ce mémoire pose un regard sur les facteurs de rétablissement de personnes ayant développé un trouble mental à la suite de crimes violents et qu'en l'occurrence, la notion de trauma est au cœur de leur expérience de victimisation, il sera enfin question de résilience devant l'épreuve de la violence d'autrui.

2.1 Les concepts de santé mentale et de trouble mental

Avant de définir ce qu'est un trouble mental, il parait utile de situer le concept de santé mentale. Dans le *Plan d'action 2013-2020 pour la santé mentale* de l'OMS (2013, p.7),

la santé mentale peut se définir comme : « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie dans sa communauté ». En effet, selon l'étude de Doré et Caron (2017) la personne n'est pas nécessairement en bonne santé mentale seulement parce qu'elle n'a pas de trouble. Pour ces auteurs (2017) : « La santé mentale doit être comprise comme une ressource essentielle qu'il faut protéger, alimenter et soutenir. » L'état de santé mentale peut ainsi fluctuer, selon différents facteurs biologiques, psychologiques, sociaux ou spirituels.

Voir son état de santé mentale fragilisé ne signifie donc pas pour autant que la personne développera un trouble mental. L'importance des manifestations, combinées à des difficultés au plan du fonctionnement social auront toutefois pour effet de confirmer un diagnostic à ce titre. En 2018, au Québec, le Portail santé et mieux-être définit le trouble mental comme suit :

> Par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, et qui lui causent de la détresse ou de la souffrance. Il se manifeste par des signes de changement, que l'entourage peut observer dans le comportement de la personne atteinte; des symptômes, que ressent la personne elle-même.[5]

Selon Amor et al. (2017), pour qu'une personne soit atteinte d'un trouble mental, il doit y avoir une altération sur le plan de sa condition psychologique. Cette dernière s'observe par la manifestation d'un ensemble de symptômes qui entrainent un dysfonctionnement au niveau du fonctionnement global de la personne (p. ex., : dans ses relations interpersonnelles et familiales et au travail, etc.). Puisqu'« […] il semble que la santé mentale de la victime

[5] Repéré à : http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/sante-mentale/

avant et pendant le délit puisse influencer son rétablissement » (Wemmers, 2003, p.74), il apparait opportun d'étudier la multiplicité des facteurs individuels et environnementaux auprès de cette population vulnérable, puisque les troubles mentaux peuvent être liés à l'interaction complexe entre les facteurs suivants : sociaux, économiques, psychologiques, biologiques et génétiques (Amor et al., 2017). Alors qu'il a longtemps été présumé que les troubles mentaux étaient chroniques, l'on sait maintenant qu'une proportion considérable de personnes, même gravement atteintes, peuvent se rétablir et s'épanouir en ayant une vie satisfaisante dans la communauté (Allot et al., 2002; Davidson, 2003). En effet, le mythe de la chronicité des troubles mentaux est en train d'être revu, notamment à la suite d'un cumul d'études longitudinales portant sur le rétablissement d'une majorité de personnes ayant la schizophrénie (Allot et al., 2002; Davidson, 2003; Harding et Zahniser, 1994). Ainsi, il est possible de comprendre que le trouble mental n'est pas un état permanent et se rétablir devient donc une possibilité.

2.2 Le rétablissement

L'article de Starnino (2009) amène à constater que différents paradigmes du rétablissement ont, depuis quelques décennies, été identifiés : a) le paradigme scientifique moderne, b) les efforts d'intégration communautaire dirigés par des professionnels, c) les survivants/le mouvement des anciens patients, et d) les consommateurs contemporains des services en santé mentale. L'approche intégrée du concept de rétablissement revêt par conséquent de multiples significations générées en quelques sortes par les positions occupées par ses principaux acteurs (Starnino, 2009). Malgré un intérêt scientifique grandissant pour le rétablissement sur le plan international (Koenig, 2016), il n'en demeure pas moins que les connaissances liées à cette expérience à la fois commune et singulière, sont toujours à

développer. L'état des écrits scientifiques actuel présente que la recherche a su démontrer que le rétablissement des personnes ayant des troubles mentaux est avant tout une possibilité. Deegan (2007) souligne d'ailleurs que : « le rétablissement n'est pas le privilège de certains patients exceptionnels. Nous pouvons maintenant annoncer aux gens que des données empiriques indiquent que la plupart des gens se rétablissent. » (p.18).

Cette section présentera d'abord deux conceptions du rétablissement, celle dite « objective » qui résulte principalement du modèle médical et celle dite « subjective » qui reconnaît une valeur à l'expérience de la personne (pour les distinguer davantage consulter p. ex., : Bourdeau, 2012; Koenig, 2016; Provencher, 2007). Ensuite, elle définira certaines étapes qui émergent au fil du rétablissement d'une personne ayant un trouble mental. Enfin, les facteurs d'influence pouvant contribuer au rétablissement de personnes ayant des troubles mentaux seront présentés.

2.2.1 Deux conceptions du rétablissement

Au sein des écrits traitant du rétablissement, il est possible de dégager deux conceptions du rétablissement : a) objective et b) subjective. Les connaissances actuelles dans le domaine de la santé mentale présentent qu'« […] un individu doit se rétablir tant sur le plan objectif que subjectif afin de réintégrer la société et de s'assurer une qualité de vie satisfaisante. » (Bourdeau, 2012, p.163).

La conception « objective » est considérée comme étant plus traditionnelle, du fait qu'elle se rapproche du concept de guérison dans le sens où l'absence de symptômes ou de pathologies constitue le critère du rétablissement (Provencher et Keyes, 2010). Cette vision, biomédicale du rétablissement considère peu la dimension environnementale dans la

trajectoire de rétablissement de la personne (Fortin, 2012 ; Onken et al., 2007). Des équipes de recherche comme celle de Bonsack et al. (2013) et de Onken et al., (2007) reconnaissent que cette conception tend davantage à stigmatiser l'individu (p.ex. consulter Morandi et al., 2013 qui ont cherché à mesurer le niveau de stigmatisation perçue chez les personnes atteintes de troubles mentaux), à le marginaliser ainsi qu'à le discriminer, car elle met l'accent sur la symptomatologie liée au trouble mental diagnostiqué. Cette conception du rétablissement s'avère donc être centrée sur des indicateurs cliniques quantitativement mesurables (Koenig, 2016) ce qui peut possiblement placer la personne seule au cœur de son combat vers la guérison, afin de, par exemple, parvenir à un niveau fonctionnel évalué satisfaisant pour réintégrer la société (Onken et al., 2007).

S'apparentant à la définition du dictionnaire Le Robert : « l'effort pour retrouver son équilibre », Provencher et Keyes (2010) conceptualisent, quant à eux, le rétablissement comme une quête d'équilibre par l'individu, mais dans l'idée de se rétablir « dans » la maladie. Cette conception plus « subjective » du rétablissement s'inscrit dans une perspective sociale pour Onken et ses collaborateurs (2007) qui précisent que cette dernière concerne tant la maladie que ses impacts psychosociaux (p. ex., la stigmatisation et le fait d'être sans-emploi). Cette conceptualisation se centre davantage sur l'expérience de la personne et elle rejoint celle élaborée par Deegan (1997), une pionnière de ce concept en santé mentale, qui le définit comme étant :

> [...] un processus, non un point final ou une destination. Le rétablissement est une attitude, une façon d'aborder les défis quotidiens, un parcours pour se renouveler. Il implique une transformation plutôt qu'une restitution. Se rétablir signifie connaître ses propres limites, savoir qu'il existe certaines choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que d'être source de désespoir, j'ai appris que cela m'ouvre la voie vers tout ce que je peux faire. [Traduction libre] (Deegan, 1997 par Duplantier, 2011, p.18).

La définition de Deegan permet d'apprécier toute la complexité de ce concept de par la nature holistique et expérientielle qui en émerge. Elle traduit l'expérience personnelle de Deegan et elle souligne également deux composantes importantes dans le processus du rétablissement, soit l'espoir, facteur essentiel (Koenig, 2016) et la résilience (Onken et al., 2007). La personne cherchera non pas une voie vers la guérison, mais une voie qui lui permettra de se reconnaître à travers ses ressources personnelles et ses propres transformations positives vécues durant les diverses étapes itératives de son rétablissement (Provencher et Keyes, 2010).

La conception « subjective » du rétablissement est une expérience plus intime, mais qui pour Onken et ses collaborateurs (2007) se compose aussi d'interactions sociales entre la communauté (environnement) et la personne. Les opportunités et les possibilités sociales provenant de l'environnement doivent être organisées dans la communauté pour favoriser le développement et l'actualisation concrète du pouvoir d'agir des personnes qui se rétablissent (Onken et al., 2007). Dans le même sens, l'étude de Sheridan et al. (2015) reconnaît également que l'environnement social doit leur offrir des possibilités de développement personnel et d'actualisation des compétences de la personne. D'après Provencher et Keyes (2010) le rétablissement est non seulement subjectif et multidimensionnel, mais aussi processuel et interactionnel. Plus spécifiquement, la conception écologique d'Onken et al. (2007) permet de regarder l'expérience du rétablissement en considérant la personne en interaction dynamique avec son environnement. Ils soulignent même que : « l'environnement est essentiel [à l'individu] puisqu'il [lui] offre des possibilités, telles que de développer des relations. » [Traduction libre] (Onken et al. 2007, p.17). Au Québec, Caron et Guay (2005) ont d'ailleurs tenté de démontrer l'importance du soutien social entre les membres du réseau

familial et périfamilial, puisqu'il serait un facteur d'influence environnemental contribuant au rétablissement des personnes ayant un trouble mental.

2.2.2 Les phases du rétablissement

Les écrits recensés révèlent que plusieurs auteurs (voir Andresen et al., 2006; Andresen et al., 2003; Duplantier, 2011; Spaniol et al., 2002; Whitley et Drake, 2010; Young et Ensing, 1999) sont parvenus depuis plus d'une décennie à mettre en évidence que les personnes qui se rétablissent traversent plusieurs phases similaires durant leur parcours. Ces phases du rétablissement selon Davidson et al. (2010), doivent se construire à partir de modèles qui tiennent compte de la non-linéarité du processus. Par exemple, il est possible de croire qu'une personne qui a développé un TSPT à la suite d'une agression sexuelle peut faire des progrès dans son rétablissement sans toutefois parvenir à accepter son diagnostic.

Dans une conceptualisation processuelle, le rétablissement est vu comme une transformation personnelle qui place la personne au cœur de cette expérience singulière (voir p. ex., Duplantier, 2011, p.24). Pour Deegan se rétablir :

> […] n'est pas linéaire, mais plutôt un processus [en spirale], c'est un mode de vie, une attitude et une façon d'aborder les défis de la journée découpés en petits débuts et en petits objectifs dans un parcours parfois erratique marqué par des essais, par des erreurs et par de nouveaux essais […] [Traduction libre] (1988, p.19).

Andresen et al. (2006) le définissent quant à eux de manière similaire à Deegan (1988), mais ils soulignent toutefois que les phases sont construites dans une logique ordinale. En effet, il est à noter que Deegan (1988) configure le rétablissement comme étant un processus qui se représente en une spirale tandis qu'Andresen et al. (2003) le configurent en phases consécutives. Les composantes du processus d'Andresen et al. (2003) sont les

suivantes : a) Trouver et entretenir de l'espoir; b) Reconstruire une identité positive de soi; c) Donner du sens à sa vie et d) Reprendre du pouvoir sur sa vie. Plusieurs recherches portant sur les récits de personnes atteintes d'un trouble mental grave (TMG) (p. ex., celles de Andresen et al., 2013; Bird et al., 2014; Lemos-Giraldez et al., 2015; Weeks et al., 2011 et de Young et Ensing, 1999) ont tout comme celle d'Andresen et al. (2003) validé les étapes liées au processus de rétablissement utilisées dans la présente étude.

2.2.2.1. La phase initiale : Trouver et entretenir de l'espoir. L'étude de Young et Ensing (1999) met en évidence que c'est durant la phase initiale que la personne émerge peu à peu de son état antérieur de repli sur soi, de déni, de fermeture à soi ainsi qu'à l'autre. Elle se regarde maintenant de manière plus ajustée à partir de la dimension liée à la redéfinition de soi telle que conceptualisée par Provencher (2002) et cela l'aide à avoir une meilleure compréhension des effets du trauma et du trouble mental dans sa vie. Pour Young et Ensing (1999) l'actualisation de cette phase est souvent la plus difficile pour ces personnes, car elles doivent se motiver à aller de l'avant en acceptant ses nouveaux défis du quotidien, par exemple, celui de la reconnaissance des limites imposées par le trouble mental. Certains concepts moteurs du rétablissement sont donc maintenant au rendez-vous, c'est-à-dire l'espoir, la résilience et la spiritualité (Onken et al., 2007; Provencher, 2002; Young et Ensing, 1999).

2.2.2.2. Les phases intermédiaires : Reconstruire une identité positive de soi et donner du sens à sa vie. Duplantier (2011) présente que durant cette phase, la personne est appelée à faire le bilan de ses ressources personnelles et de ses nouvelles limites que lui imposent le trouble, la maladie ou le traumatisme. Aussi, l'étude de Young et Ensing (1999) précise que c'est à travers les prises de conscience et les actions que la personne

parviendra à se (re) donner son pouvoir d'agir. Elle sera donc en quête de comportements créatifs, à partir de l'identification de ses forces et de ses limites, pour tenter de se reconstruire avec confiance. Toutefois, une étude plus récente d'Onken et al. (2007), ajoute que cette même personne doit également objectiver son fonctionnement social à partir de normes sociales imposées par son environnement, expérience qui, pour ces auteurs, peut être perçue et vécue négativement ou positivement selon son intégration possible au sein des structures (p. ex., rôles sociaux) de la société. La phase intermédiaire est un espace d'exploration où la personne cherche à s'enraciner en elle-même et en son environnement afin d'être à même, au fil du temps, d'identifier ce qu'elle était, est et veut être.

2.2.2.3. La phase finale : Reprendre du pouvoir sur sa vie. Young et Ensing (1999) indiquent que la phase finale se caractérise par une quête d'optimisation du bien-être et celle d'une meilleure qualité de vie. Pour ce faire, la personne continue de miser sur ses nouvelles activités quotidiennes. Ces activités l'aideront à s'épanouir ainsi qu'elles lui permettront, notamment de consolider de nouvelles stratégies favorables à son rétablissement (voir p. ex., Deegan, 2007, p.15). Cette reprise progressive du pouvoir sur vie sera également un facteur consolidant son estime d'elle-même par les reflets objectivables de la mise en action. Enfin, il semble que ce soit durant cette phase que la personne parvienne à ressentir de plus en plus les moments de sérénité, de quiétude et de paix (Young et Ensing, 1999).

2.2.3 Les facteurs d'influence du rétablissement des personnes

Les écrits recensés révèlent que beaucoup d'auteurs (Leamy et al., 2011; Schön et al. 2009; Tooth et al., 2003; Tew et al. 2011; Topor et al., 2006) dont l'OMS, (2013) ont cherché à mettre en lumière l'influence des facteurs individuels et environnementaux dans

l'expérience de rétablissement des personnes. Plusieurs de ces facteurs sont considérés par l'OMS (voir p. ex., : dans le PASM 2015-2020) comme des déterminants de la santé mentale et des troubles mentaux.

Dans la dernière décennie, un article de Leamy et al. (2011) propose un cadre conceptuel qui repose sur le rétablissement subjectif de la personne. Le CHIME[6]est un cadre organisé en fonction de cinq dimensions qui ne s'inscrivent pas dans une logique par étape. En effet, pour Bergeron-Leclerc et al. (2019) les lettres de l'acronyme sont toutes d'importance égale et impliquées dans le processus de rétablissement comme suit : a) être en lien et être soutenu; b) avoir espoir et être optimiste; c) redéfinir son identité; d) trouver un sens à sa vie; et e) développer son pouvoir d'agir.

Les facteurs individuels et environnementaux à l'étude peuvent se classer en fonction de thématiques (p. ex., redéfinition de soi, pouvoir d'agir, relation avec les autres) récurrentes qui émergent de parcours de rétablissement. Dans l'étude d'Onken et ses collaborateurs (2007), ces dimensions du rétablissement s'inscrivent dans une conception écologique du fait qu'elles marquent les transactions possibles entre les éléments centrés sur la personne, sur la communauté et sur leurs échanges. Plus spécifiquement, durant la dernière décennie, certaines études (p. ex., celles de Lietz et al., 2014; Schön et al., 2009; Topor et al., 2006) ont documenté les facteurs qui contribuent au rétablissement des personnes ayant des troubles mentaux. Ces recherches démontrent l'importance des relations sociales (famille, amis-es, professionnels, services en santé mentale), car elles sont un facteur ayant contribué à

[6] Le CHIME est l'acronyme anglophone de Connectedness: Hope and optimiste about the future; Identity; Meaning in life et Empowerment. Ces dimensions du rétablissement sont issues de l'étude de Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams et Slade (2011).

diminuer les symptômes liés au TMG (Schön et al., 2009). Certains facteurs environnementaux peuvent ainsi faciliter ou entraver l'expérience de rétablissement d'une personne (Provencher, 2010). La recension des écrits de Tew et ses collaborateurs (2011, p. 444) a d'ailleurs soulevé que « des facteurs sociaux clés, tels que la reprise du pouvoir d'agir, conjugués avec une identité sociale positive, avoir du soutien social et être inclus socialement peuvent contraindre ou favoriser le rétablissement » [traduction libre]. Enfin, tout comme le souligne Duplantier (2011) il importe de retenir que ces dimensions sont interreliées les unes aux autres, car les facteurs individuels et environnementaux qui les composent interinfluencent leur développement.

2.2.3.1. La redéfinition du « soi ». Cette première dimension, la redéfinition du soi, (Davidson, 2003) concerne la personne, sa capacité introspective et ses nouveaux schèmes de pensées et de comportements. Ce faisant, les personnes qui sont aux prises avec un trouble mental doivent apprendre progressivement, au fil des jours, à composer avec de nouvelles facettes d'elles-mêmes afin de renaître à et par soi. Corin (2002) a d'ailleurs avancé l'idée que « le rétablissement implique la possibilité de prendre ou de reprendre pied dans l'existence, de se sentir reconnu comme personne, de retrouver une position d'acteur et de sujet. » (p.73). Pour prendre forme, la redéfinition de soi implique différents facteurs dont le soutien de proches, de pairs et d'intervenants afin que la personne parvienne à se sentir à nouveau reconnue.

De plus, le modèle de rétablissement proposés par Whitley et Drake (2010) amène à considérer la dimension existentielle qui serait influencée par les facteurs suivants : l'espoir, la signification de la vie, la religion, la spiritualité et la responsabilisation. Cette dimension amène l'idée que le mouvement de redéfinition de soi peut impliquer une expérience

spirituelle. Pour Lachance (2012), cette expérience marque un enjeu existentiel pour la personne, celle de « l'éveil à la vie spirituel »; moteur de la quête identitaire.

Or, cette route de la redéfinition du soi demeure une possibilité favorisée par l'intervention professionnelle axée vers le rétablissement qui aide la personne à reconnaître les signes et les symptômes liés à son trouble (Bourdeau, 2012). L'aide du professionnel n'est toutefois pas nécessairement requise pour qu'une personne chemine dans processus le rétablissement. Cette dernière pourrait y parvenir par elle-même en établissant des objectifs l'aidant à tendre vers son bien-être.

Une étude de Frenette et al. (2018) a permis d'identifier que l'un des facteurs d'aide au rétablissement est de se reconnaître comme victime de crimes violents. La redéfinition de soi implique donc que la personne puisse passer d'un état de rejet du trouble à celui d'apprendre à vivre avec les conséquences de ce dernier (Koenig, 2016). Cette redéfinition peut prendre la forme du déni en passant celle d'un état de reconnaissance « du trouble ou d'une difficulté ». Pour certaines personnes, le rejet du trouble peut s'apparenter à de l'auto-stigmatisation. Or, s'en éloigner peut aussi signifier une mise à distance de l'étiquette créatrice d'un stigma en recouvrant une vie qui ne soit pas déterminée que par le trouble mental et ses conséquences (Davidson, 2003). Cette composante du rétablissement impose donc à la personne de prendre le temps de se rencontrer afin de considérer le trouble mental comme faisant partie de son identité, car comme le souligne Deegan (2002, p.17) « I am a person, not an illness. ». L'expérience de rétablissement implique donc pour plusieurs personnes atteintes de schizophrénie, la transformation du sens de soi (Koenig, 2017).

2.2.3.2. La reprise de pouvoir d'agir. Les multiples transformations engendrées par le trauma et par le trouble mental poussent les personnes à modifier leur rapport à soi, à l'autre ainsi qu'à la société (Provencher, 2010). Certains facteurs environnementaux peuvent freiner le pouvoir d'agir de la personne, l'expérience du rétablissement peut donc être vécue négativement (p. ex., les préjugés, la discrimination sociale et la stigmatisation) (Onken et al., 2007; Provencher et Keyes, 2010). L'étude de McCubbin et al. (2003) met de l'avant que la reprise de pouvoir d'agir est un processus qui favorise la transformation de la perte de pouvoir en celui d'une possibilité d'agir devant un sentiment d'impuissance. En 2003, Tooth et al. ont d'ailleurs révélé que 53% des participants de l'étude ont témoigné de l'impact négatif de la stigmatisation dans leur rétablissement. L'étude de Wemmers et Cyr (2006) présente que certaines personnes victimes de crimes violents ont cherché à diminuer leur sentiment de perte de pouvoir auprès du système de justice en y entamant des démarches dans le but d'obtenir réparation ou que l'agresseur modifie son comportement. Or, à travers cette quête de reprise de pouvoir d'agir, plusieurs de ces personnes ont finalement expérimenté à nouveau de l'impuissance, puisque ces dernières avaient eu le sentiment d'être exclues et même infantilisées par le système judicaire (Cyr et Wemmer, 2011). Cette expérience peut donc s'apparenter à un phénomène de victimisation secondaire, notamment du fait de cette définition de Turgeon (2003, p. 27) qui présente qu'il s'agit de:

> réactions négatives envers la victime d'une agression de la part des personnes à qui elle parle de l'agression, se confie ou demande de l'aide. Même si elles ne visent pas toujours à blesser la victime, ces réactions négatives peuvent avoir des effets dévastateurs sur elle, effets que l'on identifie par le vocable de blessures secondaires.

Il faut préciser que la possibilité de faire des choix et d'avoir accès à des opportunités est au cœur de l'appropriation du pouvoir (Ninacs, 2008). Donc, malgré qu'il soit possible

de rencontrer des difficultés à travers le processus de reprise de pouvoir d'agir, la majorité des personnes victimes de crimes violents de l'étude de Cyr et Wemmers (2011) avaient choisi d'agir en se montrant résilientes devant les obstacles liés au système judiciaire. Il est donc possible de penser que c'est durant l'expérience du rétablissement que les personnes apprennent progressivement à reconnaître et à amalgamer leurs forces internes et externes ainsi que leurs limites.

La reprise de pouvoir d'agir, implique que la personne parvienne à utiliser son pouvoir d'agir dans son environnement pour pouvoir réaffirmer ses capacités d'auto-détermination (Koenig, 2017). Ce faisant, la personne sentira une force l'habiter ce qui l'amènera à aller vers l'autre et à s'engager dans sa communauté. Provencher (2002) souligne d'ailleurs que c'est le pouvoir d'agir de la personne qui lui permet d'enclencher un mouvement vers l'autonomie et une volonté d'agir vers une quête de mieux-être. Cette dernière doit donc parvenir à se reconnaître afin de favoriser et de consolider son estime d'elle-même dans un environnement qui lui permettra de se développer.

2.2.3.3. La relation avec les autres (soutien émotionnel). Dans l'étude de Duplantier cette dimension « correspond au fait de trouver, dans le contact de personnes désignées comme significatives, un soutien mais également une source de croissance personnelle. » (2011, p.64). Cette citation soulève l'importance de considérer dans l'étude, l'environnement social de la personne, lequel se compose de proches, d'amis, de pairs et de professionnels.

Par exemple, le soutien peut émerger de la relation développée entre les pairs, puisque selon Defrain (2016, p. 26) : «le soutien des pairs constitue un fort levier motivationnel pour

venir aux groupes et pour expérimenter de nouvelles stratégies dans la gestion du quotidien». Le soutien peut également provenir de la relation développée avec un pair aidant, où l'espoir et l'expérience du rétablissement sont l'essence même de ce rôle (Vignaud, 2017). Enfin, un autre type de soutien ici rapporté, concerne quant à lui plutôt l'influence de la relation professionnelle dans l'expérience du rétablissement de personnes. Les études de Topor et al. (2006) et de Tremblay (2014) présentent plusieurs récits de participants qui témoignent du sentiment de confiance et de sécurité eu égard au rôle des intervenants dans leur rétablissement attribuable notamment à leurs expertises.

En 2006, Topor et ses collaborateurs ont d'ailleurs conclu que l'interaction sociale avec des membres de l'entourage contribue au rétablissement de la personne, car ces derniers peuvent lui offrir du soutien, de la reconnaissance et même de la protection. Dans son parcours de rétablissement, la personne cherche à vivre des relations satisfaisantes qui l'amèneront ainsi à se développer sur le plan individuel et social. Des auteurs (voir p. ex., St-Jean Trudel, 2009; Caron et Guay, 2005; Cutrona et Russel, 1990) ont d'ailleurs porté leurs études sur le soutien social comme facteur de protection en santé mentale. Il semble en effet contribuer au rétablissement d'une personne, l'amenant à réintégrer la société de par l'adoption d'un rôle social (p. ex., animatrice d'un groupe de pairs, conjointe de fait, bénévole pour une cause sociale) que l'interrelation implique.

Or, encore faut-il que la société offre des milieux inclusifs qui parviennent à nourrir le sentiment d'être utile et celui d'être reconnu des personnes ayant des troubles mentaux (Poirel et al., 2015). Pour ces mêmes auteurs (2015), deux formes de contributions sociales peuvent prendre forme dans la société, où l'inégalité sur le plan de la reconnaissance sociale y est notable. La première forme est celle du travail rémunéré tandis que la deuxième est

celle liée à d'autres types de contributions utiles, mais non rémunérées, comme le bénévolat ou l'engagement social. Comment les normes sociales de productivité attendues par les milieux de pratiques normatifs de la collectivité accueillent les limitations fonctionnelles de personnes ayant des troubles mentaux ? Considérant que ces dernières peuvent être éloignées du marché du travail, mais cherchant tout de même à s'y intégrer par le chemin de l'employabilité, il demeure nécessaire de réfléchir comme communauté à la reconnaissance sociale et au sentiment d'utilité des emplois qui leur sont offerts.

Duplantier souligne d'ailleurs que « recevoir du soutien est en effet très important, mais construire des relations dans lesquelles la personne se sentira utile l'est encore plus. » (2011, p.36). Les résultats de l'étude de Tooth et ses collaborateurs (2003) révèlent que 37% de ces participants ayant une schizophrénie ont identifié que le soutien affectif de la famille est un facteur important à considérer dans leur rétablissement. Les études de Schön et al. (2009) et Davidson (2003) ont relevé que les relations sociales sont un facteur-clé contribuant au rétablissement des personnes ayant un TMG. Onken et ses collaborateurs (2007) relèvent que les circonstances et les opportunités naissent du lien entre les choix de la personne et de son interdépendance avec les autres et la société. Évidemment pour tendre vers son équilibre la personne doit pouvoir répondre à ses besoins de base (p. ex., se loger, se laver, se nourrir, se vêtir) de par les ressources disponibles dans son environnement (p. ex., le soutien social, médical, matériel et communautaire). D'après Onken et al. (2007), « aucun des éléments du rétablissement ne serait possible sans opportunités [de l'environnement] pour les réaliser. » (p.17) [Traduction libre]. Pour l'étude, cette dernière dimension peut permettre de questionner un enjeu important dans le rétablissement des victimes de crimes violents ayant développé un trouble mental, soit celui d'un réseau social (p. ex., celui de la famille, de

proches, de pairs, d'organismes communautaires, de l'équipe de services sociaux et de santé) qui répondre adéquatement à leurs besoins.

2.3 La résilience

La résilience de la personne parait également influencer favorablement le rétablissement. En effet, la capacité d'une personne à déployer sa résilience[7] peut l'aider à recouvrer espoir en la vie (Onken et al., 2007) ce qui favorise notamment son rétablissement. Considérant la thématique de l'étude, ce facteur est spécifiquement approfondi ici. Le concept de résilience est vu ici à la manière de Vanistendael et Lecomte (2000, p. 107), c'est-à-dire : qu'il n'est « pas seulement la capacité de résister à l'adversité, mais aussi l'aptitude à transformer une expérience personnelle douloureuse en dynamique permettant d'ouvrir de nouveaux horizons ».

Le concept de résilience semble s'apparenter au concept du rétablissement du fait de sa conception processuelle qui pour Cyrulnik (2013) est le fait que la personne cherche les conditions qui lui permettent la reprise d'un nouveau développement après un traumatisme. De plus, en posant un regard sur l'évolution conceptuelle de la résilience, une nature dynamique similaire au processus du rétablissement a été retenue compte tenu de l'émergence de multiples facteurs de risque et de protection individuels et environnementaux pouvant influencer son développement. Le côté dynamique de la résilience en fait un

[7] Ce n'est d'ailleurs que depuis quelques décennies, dans le domaine des sciences sociales, que la résilience est maintenant considérée comme objet de recherche (Cyrulnik et Jorland, 2012). Certaines études longitudinales phares ont permis d'approfondir les connaissances du concept de la résilience auprès des populations vulnérables (voir p. ex., : Werner et Smith, 1982; Rutter, 1981). Depuis les années 70, d'autres études ont mis en perspective le fait que la résilience peut être comprise comme un processus résultant des interactions entre la personne et son environnement (dans Cyrulnik et Jorland, 2012).

construit multifactoriel qui s'observe pour Anaut (2008) à travers des facteurs individuels (psychiques, cognitifs, comportementaux) pouvant s'additionner à des facteurs provenant pour Josse (2014) de l'environnement (physique, familial, culturel, social et économique). Cette multiplicité de facteurs issus de la résilience d'une personne devient interactive, et ce, considérant notamment les mouvements provenant de sources à la fois individuelle et environnementale (Josse, 2014).

Le fait d'être résilient s'apparente à un stimulateur de la source de vie, une force positive qui est le résultat d'un processus adaptatif (Kent et Davis, 2010). C'est au cœur de cette source intarissable que sont puisées les caractéristiques individuelles, facteurs essentiels (p. ex., la force, le courage, l'humour, la spiritualité, la recherche de sens, etc.) à la résilience. La spiritualité peut selon l'article de Peres et al. (2007) être un facteur qui aide une personne à modifier l'interprétation de la situation, les personnes victimes pouvant ajuster leurs pensées afin de ressentir une cohérence interne à la suite de cette violence affligée par un proche. Poser un regard sur soi et mettre en œuvre les caractéristiques individuelles sont les premiers pas vers le chemin de nouveaux possibles pour tenter de donner un sens à sa vie. La capacité d'une personne à être résiliente à la suite de l'épisode de violence est donc utilisée ici comme un facteur contribuant au processus de rétablissement.

La résilience de personnes victimes de crimes violents a été discutée par Dutton et Greene (2010), qui reconnaissent la complexité de mesurer un processus multidimensionnel chez ces dernières qui varie dans le temps en fonction des aléas de leur vie. Toutefois, les résultats d'un article de Connor et al. (2003) indiquent que la résilience de personnes qui ont vécu de la violence ayant causé des symptômes post-traumatiques a contribué davantage à leur bien-être physique et mental que les deux autres variables à l'étude, c'est-à-dire que leurs

croyances spirituelles et que leur colère. De plus, les résultats d'une étude récente portant sur des personnes victimes de violence urbaine au Brésil rapporte une relation entre un plus faible niveau de résilience au cours de la vie et le développement du TSPT à la suite de cette événement (Teche et al., 2017). Tout comme pour une personne en rétablissement, il semble donc y avoir des facteurs de résilience individuels et environnementaux qui vont influencer la symptomatologie liée au trouble mental diagnostiqué.

2.4 État des connaissances actuelles sur le rétablissement des personnes victimes de crimes violents

Les écrits recensés au sujet du rétablissement évoquent peu la question des victimes de crimes violents ayant développé un trouble mental et de leurs parcours de rétablissement. Les quelques études de la dernière décennie qui avaient comme objet les crimes violents se sont plutôt intéressées à la violence perpétrée par les personnes ayant des troubles mentaux (voir p. ex., Axinn et al., 2013; Kazantzis et al., 2010) ou à celle subie par des personnes atteintes de troubles mentaux (TM) (Bengtsson-Tops et Ehliasson, 2012; Brekke et al., 2001; Chapple et al., 2004; Choe et al., 2008; Teasdale, 2009; Hiday et al., 1999; Maniglio, 2009). En fait, les travaux réalisés dans le domaine de la santé mentale (voir p. ex., l'étude de Crocker et al., 2015) portent principalement sur la nature et les conséquences de comportements de violence des personnes ayant un TMG plutôt que sur les répercussions des crimes violents dans le développement de TM.

En 2003, Wemmers a suggéré que des TM pouvaient découler des suites de crimes violents subis et que les facteurs favorisant le rétablissement des personnes victimes de crimes étaient des pistes de recherche à explorer et à découvrir. Néanmoins, peu d'études ont depuis documenté les facteurs soutenant le rétablissement de victimes de crimes violents

(Eldridge, 2017) et la majorité d'entre elles s'intéressent au TSPT (voir p. ex., Steenkamp et al., 2012; Roon-Cassini et al., 2010). Par exemple, Canady et Babcock (2009) ont examiné les facteurs qui avaient aidé au rétablissement de femmes victimes de violence conjugale qui avaient développé un TSPT. Ils ont identifié que le soutien social et les stratégies d'adaptation (*coping*) favorisaient leur rétablissement. Ainsi, puisque peu d'études ont documenté le processus de rétablissement des personnes victimes ayant développé un TM à la suite de crimes violents, il est nécessaire de chercher à documenter les facteurs pouvant contribuer ou nuire à leur rétablissement.

CHAPITRE 3
CADRE CONCEPTUEL

L'élaboration d'un cadre conceptuel est l'occasion d'identifier les concepts sur lesquels se pencher pour appréhender l'objet d'étude dans le domaine des sciences sociales. Les chapitres précédents, la problématique et la recension des écrits, ont mis en évidence qu'à la suite de crimes violents, les personnes qui en sont victimes peuvent avoir à composer avec plusieurs répercussions, dont celles pouvant affecter leur santé mentale et comportementale (OMS, 2014). Les études ont pu le démontrer, les personnes exposées à la violence interindividuelle sont à risque de développer des troubles mentaux (voir p. ex., Guay et Marchand, 2006; Norris et Kaniasty, 1994). Considérant que les travaux portant sur le rétablissement de personnes ayant des troubles mentaux indiquent que s'en rétablir est une possibilité, il importe aussi de prendre en compte que les facteurs individuels et environnementaux sont susceptibles d'influencer positivement ou négativement le rétablissement de ces personnes, notamment ceux liés à la relation avec les autres. Pour parvenir à représenter la dynamique des interactions entre la personne et son environnement, la présente étude repose sur un cadre conceptuel jumelant : le modèle bioécologique (Bronfenbrenner, 2005), la typologie des liens sociaux (Paugam, 2008) et le concept de soutien social (Caron, 1996).

3.1 Le modèle bioécologique

Durant la dernière décennie, les travaux de Liberman et Kopelowicz, (2005); d'Onken et ses collaborateurs (2007); de Provencher, (2007) et de Provencher et Keyes (2010) ont permis de mieux conceptualiser le rétablissement à partir de modèles composés par des éléments de convergence tels que les dimensions, les phases, les facteurs individuels et environnementaux et les indicateurs de résultats du rétablissement (p. ex., symptômes psychiatriques; performances de rôles; bien-être psychologique; qualité de vie et

représentation de soi) qui permettent de baliser cette expérience singulière. La consultation des écrits sur le rétablissement (notamment Onken et al., 2007, St-Onge et al., 2005) amène à privilégier la perspective écologique (Bronfenbrenner, 1979) pour appréhender le processus de rétablissement des personnes victimes de crimes violents. Le modèle écologique a d'ailleurs été utilisé en par Campbell et al. (2009) pour regarder l'impact de l'agression sexuelle sur la santé mentale de femmes qui en ont été victimes. Il permet d'analyser les interactions d'une personne en développement dans un environnement composé de différents systèmes imbriqués les uns dans les autres. Drapeau (2008) souligne que le fondement du modèle repose sur le fait que le comportement d'une personne résulte d'une adaptation dynamique entre cette dernière et son environnement. Cet environnement se compose de sous-systèmes qui s'interinfluencent et qui forment un tout en quête d'équilibre (Bronfenbrenner, 1979).

Le modèle bioécologique (Bronfenbrenner, 2005) met en évidence les interactions possibles entre les différents systèmes qui entourent la personne et qui ont des conséquences sur son fonctionnement social et sur sa santé globale, tout en considérant les caractéristiques propres de cette dernière. Le modèle écologique initial développé par Bronfenbrenner (1979) comprenait cinq sous-systèmes qui se décrivent sommairement comme suit : a) l'ontosystème identifie les caractéristiques biopsychosociales d'une personne (p.ex., le genre, l'âge); b) le microsystème circonscrit les environnements directs gravitant autour de cette dernière (p.ex. famille immédiate, collègues de travail); c) le mésosystème correspond aux interrelations coexistantes entre la personne et les sous-système qui l'entourent; d) l'exosystème renvoie aux environnements éloignés et indirects d'une personne (modification de la loi sur l'assurance-emploi), ce sous-système n'implique donc pas des personnes mais

peu toutefois être en lien avec des éléments du microsystème qui vont influer son développement; e) enfin, le macrosystème est celui qui tient compte des croyances, des valeurs, des mœurs et des coutumes d'une société ou d'une culture transmises aux divers sous-systèmes de la personne (p.ex. valeurs libérales). En 2001, une mise à jour de la dénomination du modèle écologique fut réalisée par Bronfenbrenner; qui lui donna le nom communément utilisé aujourd'hui; le modèle bioécologique. De plus, un sixième système, celui du temps, a été ajouté par Bronfenbrenner, lui-même. Carignan (2011) divise les niveaux de temps ainsi : microtemps, mésotemps, macrotemps. Ce dernier sous-système du modèle permet d'identifier des facteurs provenant d'autres systèmes mais pouvant être reliés ensemble par une dimension temporelle (p. ex., l'histoire familiale, une période de récession économique, etc.).

Dans le cadre de cette étude, les niveaux du modèle bioécologique ont favorisé l'observation de certains facteurs individuels (de l'ontosystème) de personnes victimes de crimes violents ayant développé des troubles mentaux. Ces facteurs constituent des caractéristiques personnelles (p. ex., état de la santé globale), des compétences (p. ex., dans les interrelations), des habiletés (p. ex., à écouter) et des limites (p. ex., gérer la colère). Les niveaux du modèle bioécologique ont également aidé à regarder les facteurs environnementaux. Ces facteurs proviennent de différents systèmes dans l'environnement de la personne : du microsystème (les systèmes les plus proches de la personne p. ex., la famille), du mésosystème (l'ensemble des relations entre les microsystèmes p. ex., les liens entre la famille et l'équipe clinique en santé mentale), de l'exosystème (les systèmes non fréquentés par la personne, mais qui ont des impacts directement dans son quotidien, p. ex., les orientations politiques en santé mentale du PASM 2015-2020), du macrosystème (l'ensemble

des croyances, des valeurs, des normes et des idéologies d'une communauté p. ex., la lutte à la stigmatisation et la discrimination envers les personnes aux prises avec un trouble mental) et enfin du chronosystème (évolution et transformation du contexte de la personne dans le temps) p. ex., le développement d'un trouble mental à la suite d'un épisode de violence.

En somme, le modèle bioécologique permet, dans la présente étude, de tracer les premières lignes de l'expérience subjective de personnes victimes de crimes violents rencontrées. Les niveaux du système bioécologique ont permis de classer les éléments en fonction des sous-systèmes leur correspondant afin de mettre en lumière l'objet d'étude. Pour ce faire, les caractéristiques biopsychosociales (ontosystème) rapportées par les participants y ont été regroupées. De plus, l'approfondissement de la composition de leurs environnements immédiats (microsystème) y a été réalisé afin d'identifier les liens sociaux directs des participantes rencontrées. Plus précisément, Drapeau (2008) présente qu'une pluralité de liens sociaux, étroits et harmonieux, favorise le développement de la personne. Conséquemment, observer les interrelations existant dans le microsystème des participantes de l'étude a été l'occasion de noter les personnes ayant un impact positif dans leur réseau social.

3.2 Le lien social

Afin de poser un regard sur les multiples liens sociaux d'une personne, il est possible de le faire dans la perspective du « moi » et cela représente une quantité d'interdépendances humaines (Elias, 1981). Les recherches actuelles sur le rétablissement soulignent que le rétablissement de personnes ayant un trouble mental est le reflet d'une expérience subjective qui s'exprime à travers un processus singulier (Spaniol et al., 2002; Young et Ensing, 1999). Provencher (2007) reconnaît également que l'expérience du rétablissement doit mettre

l'emphase sur la reconnaissance du savoir expérientiel de la personne, mais qu'elle doit aussi porter une attention particulière sur le soutien « par et pour les pairs », ainsi que sur la lutte contre la discrimination et les préjugés. Pour porter cette attention, le concept du lien social est retenu ici, car il est un élément central au rétablissement des personne si l'on se fie au cadre conceptuel CHIME (Bergeron-Leclerc et al., 2019), et de façon plus large à la vie en société.

Bien que l'un des domaines d'action du travailleur social soit de participer à la promotion du lien social par l'entremise des approches théoriques et des interventions auprès des individus, des groupes et des collectivités, il est possible de remarquer l'effritement du lien social dans la société moderne, notamment pour celui des populations marginalisées (Paugam, 2008). La fragmentation des liens sociaux autour d'une personne peut entraîner plusieurs conséquences négatives, notamment celle lié à sa santé mentale. Cet effritement du réseau social peut entrainer des risques d'isolement social et ainsi affaiblir sa participation sociale vécue à travers divers rôles sociaux (p. ex., parent, conjoint, professionnel, sport pratiqué, implication sociale). La rupture des liens sociaux peut donc entrainer une diminution du soutien social ce qui peut avoir pour effet d'augmenter significativement le niveau de détresse psychologique d'une personne (Caron et Guay, 2005). Une Enquête sur la santé des collectivités canadiennes a mesuré l'impact ci-haut sur 36 000 personnes, mettant de l'avant le lien théorique entre le soutien social, la santé mentale et le bien-être des personnes (Caron et al., 2004).

Pour décrire les différentes facettes des liens sociaux qui ont émergé de la présente étude c'est à partir de la typologie du lien social de Paugam (2008) que les membres composant le réseau social des participantes ont été classifiés. Cette typologie se résume

comme suit : a) lien de filiation relie à la famille (p. ex., entre la mère, le père, la fratrie, les enfants); b) lien de participation élective renvoie au réseau social choisi en fonction des désirs, mais aussi de l'environnement (p. ex., entre les conjoints, les amis); c) lien de participation organique est lié à l'apprentissage et à l'exercice des fonctions d'un travail (p. ex., entre les acteurs de la vie professionnelle); et d) lien de citoyenneté se définit comme l'appartenance à une nation (entre les membres d'une même communauté politique).

Ces liens sont pour Paugam (2008) le tissu social qui entoure confortablement la personne, puisqu'ils favorisent la réponse à deux besoins fondamentaux : a) la protection et b) la reconnaissance. Le besoin de protection renvoie au fait de pouvoir « compter sur quelqu'un » correspondant ainsi au soutien qu'une personne peut mobiliser dans son entourage lorsqu'elle se trouve devant des circonstances imprévisibles de la vie. Le besoin de reconnaissance se définit quant à lui comme le fait de se sentir « compter pour quelqu'un » à partir d'une interaction sociale qui démontre que notre existence à de la valeur dans le regard d'autrui (Paugam, 2008) procurant ainsi le sentiment d'être reconnu.

La théorie de Paugam est aussi l'occasion de constater que les quatre types de liens sociaux sont à risque de rupture. Selon François de Singly (1998), sociologue français du XXI^{e} siècle, c'est le lien de participation élective qui demeure le plus fragile, car nous avons notamment le pouvoir de choisir certaines de nos racines, et c'est apprendre parfois à se priver de liens, car :

> La recherche de soi-même est compatible avec une place stable, assumée à titre personnel, et qui de ce fait en change la nature : le lien - avec des choses et des personnes - devient ainsi personnalisé, il autorise l'accès à la couche la plus profonde (considérée comme telle) de soi. (de Singly, 1998, p.40).

À la suite d'un crime violent, certaines personnes victimes assistent à l'effritement de leurs relations avec les membres de leur entourage, par exemple dans le cas où l'agresseur provient de cet entourage (membre de la famille, une connaissance, le conjoint ou l'ex-conjoint). Par conséquent, il est possible de croire que certaines situations peuvent provoquer une rupture du lien qui s'avère nécessaire pour assurer une modification de la situation de protection ou de la situation de reconnaissance, afin que les personnes victimes puissent rétablir leur sentiment de pouvoir « compter sur l'autre et pour l'autre » (Paugam, 2008). Toutefois, les relations interpersonnelles avec les membres de l'entourage (lien de filiation et le lien de participation élective) peuvent offrir du soutien ce qui peut avoir un impact significatif dans le rétablissement de ces personnes victimes (Guay et Marchand, 2006), tout comme la relation de ces personnes à leur communauté et à leur société (lien de participation organique et de citoyenneté) peut contribuer au rétablissement de ces dernières. De plus, les personnes aux prises avec un trouble mental sont plus à risque de vivre de l'isolement et de l'exclusion sociale, et ce, malgré plusieurs stratégies politiques et communautaires visant leur intégration dans la communauté. Considérant ce fait, il semble toutefois que ce soit une combinaison de facteurs liés au soutien social qui influence l'expérience du rétablissement de la personne, notamment en regard de ses conditions sociales ce qui « nécessitent la mise en place de stratégies globales et d'actions qui mobilisent l'ensemble ou plusieurs des missions gouvernementales » (MSSS, 2014, p.5) et plus spécifiquement celles qui proviennent des orientations du PASM 2015-2020 (MSSS, 2015). Malgré, la rupture et l'effritement de certains liens sociaux, il n'en demeure pas moins que le soutien social provenant de différentes personnes significatives peut répondre aux besoins de protection et reconnaissance d'une personne. Dans le domaine de la santé mentale, le soutien par autrui a été reconnu comme étant l'un des facteurs de protection ayant un fort impact dans le

rétablissement post-traumatique (Guay et Marchand, 2006). Le soutien social sera exploré plus en détail dans la prochaine section.

3.3 Le soutien social

Durant sa vie, toute personne cherche à combler son besoin de protection pour surmonter l'épreuve. Dans un moment de vulnérabilité, le fait de pouvoir compter sur quelqu'un nourrira en quelque sorte le sentiment de sécurité dont celle-ci a besoin pour ressentir un bien-être. Pour certains, le soutien social offert par un tiers dans un moment jugé opportun favorisera leur bien-être. Le soutien peut avoir pour effet de renforcer le besoin de protection (Paugam, 2008) devant le fait de devoir s'adapter à de nouveaux paramètres environnementaux (Caron, 1996).

Mais qu'est-ce que le soutien social ? Au Québec, l'INSPQ (2018) considère le soutien social comme étant l'un des déterminants de la santé (Mikkonen et Raphael, 2011) en raison des bienfaits qu'il apporte à la personne. Dans l'article de Caron et Guay (2005) il est défini comme suit : « … renvoie à la dispensation ou à l'échange de ressources émotionnelles, instrumentales ou d'informations par des non-professionnels, dans le contexte d'une réponse à la perception que les autres en ont besoin. » (p.16-17). Il existe plusieurs définitions conceptuelles du soutien social du fait, possiblement, qu'il s'offre de différentes manières.

Pour Beauregard et Dumont (1996) le soutien social comprend trois dimensions : a) le réseau de soutien (p.ex. les ressources du réseau de soutien); b) les comportements de soutien (p. ex., le soutien reçu) et c) l'appréciation subjective du soutien (p.ex. la perception du soutien social). Ces dimensions proviennent de la terminologie de différents auteurs (voir

le tableau synthèse de Beauregard et Dumont, 1996 qui les présentent : Barrera, 1986; Pierce et al., 1996; Streeter et Franklin, 1992; Vaux, 1988, 1992) qui ont cherché à circonscrire le concept soutien social pour parvenir à mieux le définir.

Aussi, il existe diverses formes de soutien social (p.ex. émotionnel, instrumental, thérapeutique, spirituel) à offrir, qui eux, se choisissent en fonction du contexte dans lequel la personne se trouve et de son efficacité (Beauregard et Dumont, 1996). Le soutien social varie donc selon les besoins de la personne et le contexte dans lequel cette dernière se trouve. Les formes de soutien social dont bénéficient les personnes victimes d'un événement traumatique sont-elles les mêmes que celle des participants rencontrés dans la présente étude ? Guay et Marchand (2006) présente quatre formes de soutien social ont souvent été rapportées par les victimes d'un événement traumatique: a) Le soutien émotionnel (p. ex., sentiment d'être considéré et reconnu en plus d'être écouté par rapport aux émotions vécues); b) Le soutien informationnel (p. ex., les conseils, la guidance ou la rétroaction ont pour effet de l'aider à apprendre à faire face aux situations difficiles); c) Le soutien instrumental (p. ex., recevoir de l'aide matérielle et financière et recevoir des services concrets; d) Le soutien de camaraderie (p. ex., prendre le temps de partager des activités, pour que la personne parvienne à se tenir occupée et à changer ses idées et pour favoriser un sentiment d'intégration sociale et de solidarité).

Enfin, pour Cutrona et Russel (1990) le soutien social comprend six dimensions. Celles-ci sont reprises dans l'Échelle de provisions sociales (ÉPS) (Caron, 1996) retenue pour la présente étude : a) le soutien émotionnel (p. ex : sentiment d'avoir des relations interpersonnelles et de pouvoir développer et maintenir des relations satisfaisantes avec les autres); b) l'intégration sociale (p.ex. avoir des projets qui amènent le sentiment de contribuer

au développement de la communauté); c) l'obtention de conseils (p. ex., pouvoir recevoir les connaissances de personnes de confiance et les utiliser au besoin); d) recevoir de l'aide tangible (p. ex., sentiment d'avoir un réseau social qui peut offrir du soutien matériel dans les moments difficiles); e) le sentiment d'être utile (p.ex. pouvoir intervenir directement dans la communauté par le travail ou le bénévolat pour favoriser le développement de l'estime de soi); et f) la réassurance de sa valeur (p. ex., avoir le sentiment d'être reconnu dans le regard d'autrui) afin de connaître leurs perceptions quant à la disponibilité du soutien social de leur environnement.

La typologie de Paugam (2008) permet d'identifier les types de liens sociaux qui entourent les personnes rencontrées dans une conception bioécologique. Plus spécifiquement, les interactions sociales entre l'ontosystème des participantes de l'étude et les éléments (p.ex. personnes, centre d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC), centre d'hébergement, travail) provenant de leurs microsystèmes pourront ainsi être colligées pour des fins d'analyse. L'interprétation de ces interactions aidera ainsi à saisir l'importance du soutien social comme facteur pouvant contribuer au rétablissement de personnes victimes de crimes violents rencontrées. Or, à la suite d'un épisode de violence certaines ruptures des liens sociaux s'avèrent nécessaires pour assurer le bien-être de la personne d'autres pourtant ne le sont pas.

Pour conclure ce chapitre, le schéma conceptuel (Figure 1) ci-dessous utilise le modèle écologique de Bronfenbrenner (1979, 2005), certains concepts du lien social de Paugam (2008) et les dimensions du soutien social de Caron (1996) présentés ci-haut. Il a été originalement proposé par Campbell et al. (2009) pour rendre compte des facteurs influençant la santé mentale des survivantes d'agression sexuelle en considérant l'interaction des

différents systèmes. La conception écologique du schéma met en valeur l'imbrication des liens sociaux et l'effet protecteur que renvoie le besoin de protection. Caron et Guay (2005) soulignent que le sentiment de bien-être d'une personne peut se développer à travers les interactions sociales provenant des rôles sociaux du microsystème (p. ex., la famille, le travail, l'école et les activités de loisirs) en fonction de la disponibilité des ressources sociales et matérielles issues de ces environnements immédiats. Cette figure qui intègre les composantes du cadre conceptuel servira de base à l'analyse des données.

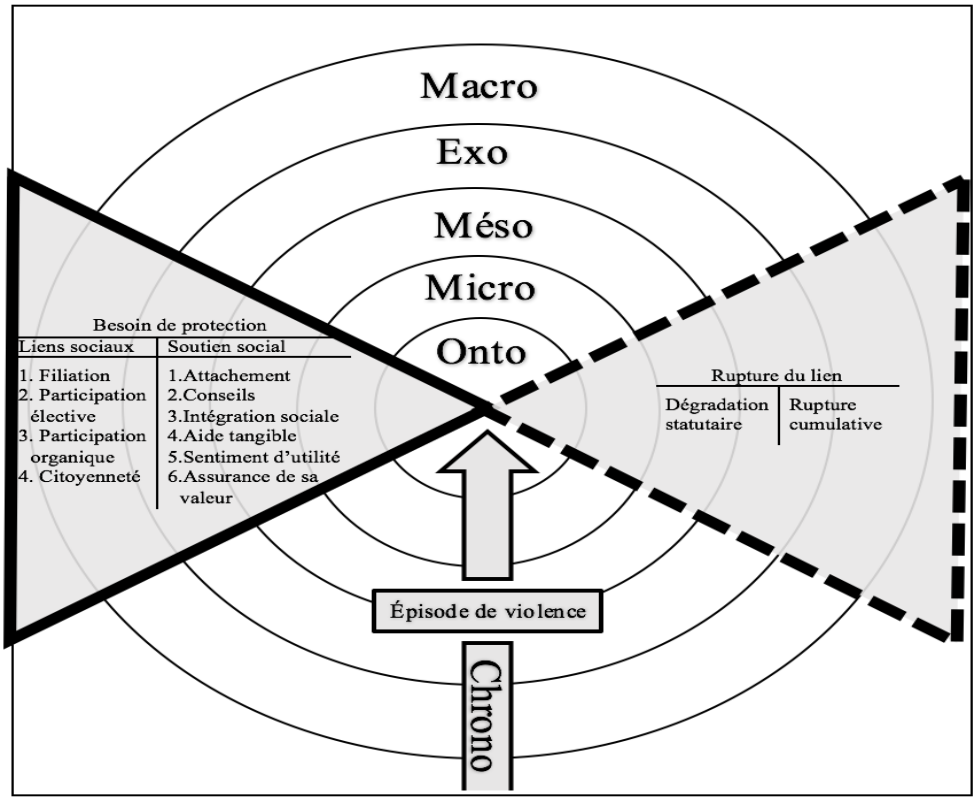


Figure 1:Schéma conceptuel illustrant le modèle écosystémique adapté au contexte théorique

Source : Inspiré de Campbell et al. (2009), p.229.

CHAPITRE 4
MÉTHODOLOGIE

Cette partie liée à la méthodologie regroupe les étapes de la recherche qui permettent de soutenir le cadre conceptuel qui a été élaboré pour mener à bien cette étude. Plus spécifiquement, cette section du mémoire présente les parties suivantes : la question de recherche et ses objectifs, le type de recherche, le mode de recrutement des participantes et les stratégies d'échantillonnage, la méthode de collecte des données ainsi que leur analyse, en terminant sur les considérations éthiques de l'étude.

4.1 Le type d'étude

Cette étude utilise une méthodologie qualitative de type descriptive et phénoménologique. La recherche descriptive peut se définir comme suit : « Elle est de nature qualitative, si l'on cherche à comprendre des phénomènes pour en dégager des significations particulières » (Fortin, 2010, p.291). Cette étude a été menée dans l'intention de décrire et de donner du sens à l'expérience humaine en appréhendant le processus de rétablissement de sept femmes et un homme victimes de crimes violents et en documentant les facteurs individuels et environnementaux ayant influencé positivement ou négativement le processus de rétablissement de ces personnes.

Une démarche phénoménologique a mené à l'analyse du contenu des données de l'étude pour notamment chercher à comprendre le sens des mots à travers le partage expérientiel des participantes (Blais et Martineau, 2006). La recherche phénoménologique reconnaît l'expérience humaine et y donne une signification à partir des propos rapportés par les personnes qui sont touchées par un même phénomène (Fortin, 2010). Dans la présente étude, c'est l'expérience subjective de personnes victimes ayant développé des troubles

mentaux à la suite de crimes violents qui a été circonscrite à partir du concept central de l'étude; le rétablissement.

Employer la méthode qualitative a permis d'appréhender le phénomène à l'étude dans son milieu naturel (Deslauriers, 2005). L'intention ici était de mettre en lumière le vécu des participantes en fonction de leurs expériences, notamment en regard de leurs expériences de soutien social et de leur capacité de résilience à la suite du crime violent vécu. Pour ce faire, le point de vue de personnes dans une situation sociale délimitée (Deslauriers et Kérisit, 1997), soit celles de victimes, a été exploré.

4.2 La question et les objectifs de recherche

Cette recherche a cherché à décrire les différents facteurs qui entrent en jeu dans le rétablissement des personnes ayant développé un trouble mental après avoir été victimes de crimes violents. Elle visait l'atteinte de trois objectifs spécifiques pour mettre en évidence le processus de rétablissement de ces personnes. Pour ce faire, il a fallu : a) décrire les répercussions des crimes violents sur l'état de santé mentale de ces personnes; b) décrire les facteurs individuels et environnementaux qui influencent positivement et négativement leur rétablissement; et c) identifier qu'elles ont été les personnes ayant eu un impact positif dans le rétablissement des personnes victimes de crimes violents et décrire le soutien qu'elles leur ont apporté.

4.3 La population, la méthode d'échantillonnage et l'échantillon

Dans l'intention d'appréhender la population à l'étude, certaines caractéristiques ont été identifiées en fonction de la question de recherche et du concept central, le rétablissement, afin de chercher à se concentrer sur la globalité des éléments ayant des caractéristiques

communes dans le but des chercher à les généraliser (Fortin, 2010). Le mode de recrutement a donc été établi en fonction des critères spécifiques suivants, soit celui d'avoir reçu un diagnostic de TM à la suite d'un crime violent. Le réseau des CAVAC, de par ses services de première ligne offerts aux victimes d'actes criminels, représentait un endroit de prédilection pour faciliter le recrutement des participantes afin de répondre au but général de l'étude et à ses objectifs spécifiques. Le rapport annuel du CAVAC de Montréal 2018-2019 (2019, p.13) indique qu'« en comptabilisant les personnes victimes d'introduction par effraction, c'est plus de 27 000 personnes qui sont touchées par un crime chaque année à Montréal. » Parmi ces personnes, plusieurs ont été victimes d'un crime contre la personne. Bien que toutes ces personnes n'aient pas développé systématiquement de trouble mental à la suite de cet épisode, elles ont constitué notre bassin de départ.

Cet échantillon a donc été constitué de personnes qui devaient correspondent aux critères d'inclusion suivants : a) être âgés de 18 ans et plus; b) avoir vécu un type de violence contre la personne (voie de fait, agression sexuelle, vol qualifié); c) avoir reçu un premier diagnostic de trouble mental après la date à laquelle est survenu l'épisode de violence pour lequel cette personne fait l'objet d'un suivi au CAVAC; d) avoir la capacité de donner un consentement éclairé à la recherche (ne pas être un majeur inapte au sens de la Loi sur le Curateur public du Québec); e) maîtriser suffisamment la langue française pour pouvoir réaliser une rencontre d'une durée de deux heures. Toutefois, considérant la complexité du phénomène étudié, il est difficile de savoir si l'échantillon à l'étude est représentatif de la population à l'étude.

Le recrutement des participantes s'est échelonné une période de dix mois, soit du mois d'avril 2017 au mois de février 2018. Ce dernier a été possible grâce à une stratégie de

partenariat avec l'organisme du CAVAC de Montréal. Cette collaboration avait pour objectif de faciliter le recrutement des participantes effectué à partir d'un échantillonnage par choix raisonné (Miles et Huberman, 2003; Saldaña, 2015). Le choix raisonné est une méthode surtout utilisée pour Fortin (2010) lorsqu'« un nombre de personnes relativement petit est étudié en profondeur dans leur contexte de vie ». La nature subjective qui se dégage de la méthode de recherche qualitative a donc cherché à mettre à l'accent sur les parcours expérientiels des participantes rencontrées. La décision d'utiliser la méthode par choix raisonné a donc été prise en fonction des caractéristiques des participantes (p. ex., l'état de leur santé mentale), mais également selon l'événement vécu (p. ex., à la suite de crimes violents).

En ce qui a trait aux stratégies déployées pour recruter les participants de cette recherche, elles furent d'abord de présenter l'étude à une quarantaine d'intervenants du CAVAC de Montréal lors de l'une de leurs rencontres annuelles (voir l'aide-mémoire pour les intervenants du CAVAC à l'Annexe 1). L'objectif de cette présentation était de susciter l'intérêt de l'équipe d'intervenants pour l'étude afin qu'ils aident à la promouvoir auprès des utilisateurs de services. Utiliser cette stratégie avait pour but de faciliter la communication entre l'étudiante-chercheure et les personnes victimes d'actes criminels qui utilisent les services du CAVAC. Les intervenants ont ainsi pu remettre aux utilisateurs de services un dépliant (voir l'Annexe 2) explicatif qui présentait le projet de recherche, ses objectifs, ses retombées potentielles, ainsi qu'en quoi consisterait leur implication. En étant référées au projet de recherche par les intervenants de l'organisme, il est probable que les utilisateurs de services lui aient accordé une plus grande crédibilité et qu'ils aient eu en ce sens un intérêt plus grand à y participer. Cette initiative a également été l'occasion d'apporter des affiches

(voir Annexe 3) qui ont été apposées dans les bureaux du CAVAC pour offrir et assurer une plus grande visibilité au projet de recherche dans les différentes salles d'attente du CAVAC de leurs points de services répartis sur l'île de Montréal. Les coordonnées du courriel et du cellulaire de l'étudiante-chercheure y étaient mentionnées. Il est à noter que durant la période de recrutement, quatre courriels de rappel de l'étude ont été envoyés aux intervenants du CAVAC par l'entremise de Cindy Lapointe, Directrice des services.

Concernant le premier contact, la majorité des participantes (*n*=5) ont préféré utiliser le cellulaire pour créer le premier contact et s'informer des objectifs et des modalités de l'étude. il a été possible d'observer que peu de participantes (*n*=2) ont privilégié l'utilisation du courriel pour entrer en communication avec la responsable de la recherche. Pour le deuxième contact, toutes participantes, le contact par cellulaire a quant à lui été utilisé pour informer la personne des objectifs de la recherche, de la compensation offerte et pour convenir ensemble du lieu de réalisation de l'entretien. Par ailleurs, indépendamment aux huit personnes recrutées, une seule personne ne s'est pas présentée au rendez-vous prévu pour réaliser l'entrevue semi-dirigée.

4.4 La stratégie de collecte de données

La collecte des données a été menée auprès des huit participantes, d'avril 2017 à février 2018 sur l'île de Montréal dans des locaux réservés à cet effet. Cette section décrit le contexte et les modalités de collecte de données auprès des participantes ayant accepté de participer à l'étude.

4.4.1 Déroulement des rencontres avec les participantes

Les rencontres ont eu lieu à divers endroits : a) dans un cabinet de recherche de la Bibliothèque et archives nationales du Québec à Montréal (BAnQ); b) dans un local de recherche de l'université du Québec à Montréal (UQAM); c) dans un local d'un organisme communautaire en santé mentale; et d) dans l'appartement des participantes. Chaque lieu de rencontres pour réaliser l'entrevue a été convenu lors du contact téléphonique et il a été choisi selon la préférence des participantes. Comme mentionné précédemment, pour étudier ce phénomène, il était pertinent de choisir une méthode de recherche qui favoriserait l'observation de l'objet d'étude dans son milieu naturel (Deslauriers, 2005). Ces personnes ont été rencontrées à une reprise, pour une durée moyenne de 3h 00, afin de participer à la collecte de données qui se déroulait en quatre temps : a) Lecture et signature du formulaire d'information et de consentement; b) Compléter la fiche signalétique; c) Compléter les trois questionnaires; et d) Participer à l'entrevue semi-dirigée. Les prochaines lignes permettront de détailler davantage la procédure mise en place durant les rencontres.

Au moment de rencontrer les participantes, un formulaire de consentement a été lu, expliqué et signé par les deux parties et une copie leur a été remise. Ensuite, les modalités des passations ont été exposées à chacune des participantes et un choix était leur a été offert, soit : 1) celui de compléter par elle-même les questionnaires ou 2) celui d'une lecture effectuée par l'étudiante-chercheure. Cette option est justifiable du fait que certaines participantes pouvaient correspondre à un de ces critères : a) analphabétisme, b) français comme langue seconde c) symptômes cognitifs associés aux médicaments ou aux symptômes. Toutefois, il a été observé qu'aucune participante a eu recours à l'aide proposée.

Enfin, 20 $ a été remis à chaque participante, ainsi qu'un reçu leur confirmant la réception de cette compensation avant de quitter.

4.4.2 Les outils de collecte de données

Pour effectuer la collecte de données, trois stratégies ont été déployées sur le terrain de recherche.

Fiche signalétique. Chaque répondante devait d'abord compléter une fiche signalétique (voir l'Annexe 4) qui était prévue pour une durée approximative de 10 minutes. Cette fiche comprenant 48 questions visait essentiellement à recueillir des données de nature sociodémographique, de même que concernant les habitudes de vie et l'état de santé général de la personne.

Questionnaire. Une fois la fiche complétée, la participante a ensuite été invitée à répondre à trois questionnaires traduits et validés en langue française (Annexe 5), soit : 1) Échelle de provision sociale (ÉPS) (Caron, 1996); 2) Échelle de résilience (CD-RISC; Connor et Davidson, 2003); et 3) *Stages of Recovery Instrument* (STORI; Andresen et al., 2006).

L'ÉPS (Caron, 1996) est un questionnaire comprenant 24 items de type Likert, permettant de mesurer six dimensions du soutien social soit : l'attachement, les conseils, l'intégration sociale, l'aide tangible, le sentiment d'être utile et l'assurance de sa valeur. Ce questionnaire est doté de bonnes qualités psychométriques comme en témoigne notamment l'alpha de Cronbach de 0,96 pour le score global. Le score global peut varier de 0 à 96 et

celui des sous-échelles (intermédiaires) de 0 à 16. Un score global ou intermédiaire élevé, signifie ici un haut niveau de soutien social perçu.

Le questionnaire portant sur la résilience (Connor et Davidson, 2003) est quant à lui composé de 25 items de type Likert afin de mesurer certaines stratégies d'adaptation utilisées au quotidien. Or, pour cette étude, seulement 10 items ont été retenus afin de mesurer le niveau de résilience des participantes sur une échelle en quatre points (qui s'étend de pratiquement tout le temps à pas du tout) qui permet d'obtenir un score de 0 à 40. De plus, ce questionnaire est également doté d'une bonne qualité psychométrique qui est valide, avec un alpha de Cronbach de 0,85.

Le dernier questionnaire présenté aux participantes était le STORI (Andresen et al., 2006). Cette échelle validée est composée de 50 items de type Likert et de cinq sous-échelles, une pour chaque stade du rétablissement : 1- Moratoire 2- Conscience 3- Préparation 4- Reconstruction 5- Croissance (scores de 0 à 50 pour chacun des stades). Ce dernier présente de bonnes qualités psychométriques, ce qui en fait un outil très satisfaisant quant à sa validité pour mesurer les stades du rétablissement des participantes sondées. Il démontre donc une bonne cohérence interne avec un alpha de Cronbach de 0,854.

Le temps initialement estimé à 20 minutes pour compléter les échelles a été largement dépassé avec une moyenne de 45 minutes. Plusieurs facteurs peuvent avoir contribué à cette différence, dont ceux liés à l'attention et à la concentration des participantes, et ce, considérant l'état de fragilité psychologique dans lesquels plusieurs en démontraient les signes. En effet, les notes d'observations dûment complétées à la suite révèlent qu'une

majorité de participantes démontraient des signes d'agitation motrice et verbale durant les passations.

Entrevue semi-dirigée. Enfin, chaque répondante a été soumise à une entrevue semi-dirigée. Pour mener l'entrevue, un guide (Annexe 6) avait été construit pour collecter les données portant sur les facteurs impliqués dans le processus du rétablissement des participantes afin de répondre à certains objectifs spécifiques de la recherche. Six thématiques étaient au cœur du guide : a) Services d'aide offerts dans la collectivité; b) Santé mentale; c) Passions/projets/intérêts; d) Relations avec le milieu de vie/ avec l'entourage; e) Parcours professionnel et étudiant (si la personne a un emploi ou est aux études) et; f) Vie spirituelle/vie religieuse.

Le choix d'utiliser l'entrevue semi-dirigée s'est effectué sur le potentiel reconnu pouvant émerger des données collectées à partir de ce type d'outil qualitatif. En effet, pour Savoie-Zajc (2009) l'entrevue semi-dirigée est :

> […] une interaction verbale animée de façon souple par le chercheur. Celui-ci se laissera guider par le flux de l'entrevue dans le but d'aborder, sur un mode qui ressemble à celui de la conversation, les thèmes généraux sur lesquels il souhaite entendre le répondant, permettant ainsi de dégager une compréhension riche du phénomène à l'étude (p.134)

Les échanges verbaux entre l'étudiantes-chercheure et les répondantes ont donc permis de recueillir le matériel de recherche à analyser pour décrire quelle a été l'influence des facteurs de rétablissement individuels et environnementaux des participantes dans leurs parcours de rétablissement. Le temps prévu pour ces rencontres avait été évalué pour une durée moyenne de 1h 30, mais elles ont finalement été d'environ 2h15 par entrevue avec des pauses au besoin, selon les besoins des participantes rencontrées.

4.5 L'analyse des données

Les points suivants exposent la manière dont l'analyse des données s'est opérationnalisée à la suite de la collecte des données. Deux méthodes issues de deux paradigmes, mais qui ont été complémentaires ont été utilisés, soit celles dite qualitative et quantitative. Le choix des outils de type qualitatif (l'entrevue semi-dirigée) et quantitatif (les trois questionnaires) a permis de recueillir du matériel qui s'alimentent du fait d'une confrontation conceptuelle des facteurs individuels et environnementaux du rétablissement et de leur approfondissement (résilience, soutien social, personnes significatives). Ces deux méthodes d'analyse avaient pour objectif de chercher à décrire quels facteurs ont contribué au rétablissement des participantes de l'étude, et ce, en fonction de leur expérience.

4.5.1 Analyses qualitatives

La collecte de ces données a été faite à partir d'un enregistreur numérique vocal. À la suite de la collecte de données, le contenu des entrevues semi-dirigées (n=8) a été transcrit mot à mot de façon anonymisée. Les verbatims ont ensuite été analysés et interprétés en considérant les similarités et les divergences des répondantes afin de tracer une image complète et cohérente de leur situation. De plus, pour chacune des rencontres, la responsable de la recherche s'assurait de compléter une fiche de notes d'observations pour rendre compte d'éléments pertinents à colliger autres que ceux liés au discours. Cette fiche fut produite dans l'intention d'enrichir ou de compléter le discours des personnes interviewées afin de chercher à expliquer certains comportements adoptés (expression non verbale et verbale, agitation motrice, expression des émotions, etc.) qui auraient été susceptibles de parasiter le contenu.

Pour l'analyse de contenu, la méthode de L'Écuyer (1990) combinée à celle de Miles et Huberman (1990) a été retenue. Plus spécifiquement, pour amorcer cette analyse, les étapes suivantes ont été effectuées : a) la préparation du matériel; b) la préanalyse; c) le choix de l'unité d'analyse; d) l'exploitation des résultats et leur présentation; e) l'analyse et finalement; f) l'interprétation des résultats. Le logiciel Nvivo a été utilisé pour codifier et classer par catégories le matériel émergeant de chacune des entrevues. Par la suite, une analyse transversale a été réalisée afin d'en dégager les thèmes principaux qui furent préétablis en fonction des cadres conceptuels de la recherche, donc à partir du modèle bioécologique de Bronfenbrenner (1979) et de la typologie du lien social de Paugam (2008), mais également en fonction des dimensions constituant le concept central de cette recherche, soit le rétablissement.

Cette étude a ainsi cherché à documenter les facteurs contribuant au rétablissement de personnes ayant été victimes de crimes violents dans l'intention d'optimiser le développement de pratiques adaptées à leurs besoins afin qu'elles puissent « progressivement […] reprendre leur place dans la famille et dans la société » (Cyrulnik, 2013, p.17) par la mise en mots de leur parcours de rétablissement durant les entrevues semi-dirigées. Davidson (2003), de même que Marty et al. (2014) considèrent d'ailleurs que l'utilisation du récit est un exercice pouvant favoriser le rétablissement expérientiel, du fait du mode descriptif et de l'extériorisation des expériences vécues par ces personnes.

4.5.2 Analyses quantitatives

L'ensemble des données recueillies auprès des participantes à l'aide de questionnaires ont été compilées afin de tracer un portrait descriptif de l'échantillon. Une méthode inductive

(Fortin, 2010) a été utilisée afin de dégager des particularités du profil des participantes les caractéristiques communément présentes dans l'échantillon.

Les données de chaque questionnaire ont d'abord été saisies dans le logiciel Excel. Puis, les scores bruts obtenus par les participantes aux questionnaires a) l'ÉPS (Caron, 1996); b) au CD-RISC (Connor et Davidson, 2003); et c) STORI (Andresen et al., 2006) ont été calculés. Enfin, afin de pouvoir comparer les résultats entre les participantes et à travers les questionnaires, ces scores ont été standardisés. Les scores bruts, les scores Z et les scores T sont présentés dans le Tableau 2 (p.77) pour chacune des participantes. Les scores T sont des valeurs standardisées qui permettent de les comparer les données entre elles même si elles sont présentées sur deux échelles de mesure différentes. Avec des échantillons qui comptent moins de 30 participants, il est indiqué d'employer les scores T plutôt que les scores *Z* pour standardiser les données. Contrairement aux scores *Z*, les scores T ne sont pas calculés selon les règles de la loi de la courbe normale. Ils sont ainsi moins affectés par la taille de l'échantillon et peuvent être calculés sans que l'écart-type de la population à l'étude ne soit connu (Meier et al., 2014). La distribution Z est une échelle standardisée communément utilisée. Sa moyenne est de zéro et son écart-type est de un. Pour la distribution standardisée T, la moyenne est de 10 et l'écart-type est de 50. Ainsi, afin de calculer les scores T pour le soutien social et la résilience de chaque participant, la formule suivante a été utilisée : (score z*10) + 50. Le logiciel Microsoft Excel version 16.35 a été utilisé. Les scores standardisés ainsi obtenus sont donc ceux présentés dans le Tableau 2, ainsi que dans les Figures 2 et 3 et sont ceux utilisés pour tirer des conclusions quant au soutien social perçu par les participantes, leur capacité de résilience, ainsi que leur stade de rétablissement. Finalement, la moyenne et l'écart-type de l'échantillon sont présentés pour le soutien social et la

résilience (voir Tableau 2). Ces valeurs ont été utilisées pour calculer le score *z* de chaque participante qui lui a été utilisé pour calculer leur score T.

Cette procédure permet de comparer l'expérience personnelle traumatique des participantes à celle de leur résilience et de leur soutien social dans leur processus de rétablissement. Cette comparaison des résultats obtenus au STORI (Andresen et al., 2006) et au CD-RISC (Connor et Davidson, 2003) a pour but d'observer l'existence ou l'inexistance d'une relation entre le stade de résilience identifié et le niveau de résilience de chacun des répondants. Quant à l'analyse des données de l'ÉPS de Caron (1996), elle fut utilisée dans l'intention de décrire le soutien social vécu par les répondants dans leur parcours de rétablissement. Cette échelle permet également aux victimes d'identifier les personnes significatives dans leur réseau social, tout en permettant de préciser le rôle qu'elles ont joué dans leur processus de rétablissement.

4.6 L'éthique de la recherche

Pour mener à bien cette étude, une demande d'approbation éthique a été déposée au comité d'éthique et de la recherche (CÉR) de l'Université du Québec à Chicoutimi afin de démontrer que le projet prenait en compte la dimension éthique de la recherche avec des êtres humains en répondant aux exigences. Ayant ainsi souscrit aux conditions d'approbation du CÉR, le projet soumi a obtenu une approbation éthique (voir Annexe 7), le 6 février 2017. Les paragraphes qui suivent présentent donc, de quelles manières la dimension éthique en matière de filet de sécurité a été considérée dans ce projet de recherche où des personnes ont été rencontrées. Or, il est à noter que d'autres conditions ont été nécessaires à l'obtention de l'approbation éthique du CÉR de l'UQAC, dont celle du consentement des participantes à

l'aide du formulaire prévu à cet effet (voir Annexe 8) ou celle ayant trait aux outils de collecte de données.

Il est à noter que tous les renseignements collectés demeureront strictement confidentiels. Seules les personnes ayant signé une déclaration d'honneur (voir Annexe 9) auront accès aux données les concernant. Ces données seront conservées pour une période de sept ans suivant la dernière publication.

En ce qui concerne la compensation liée à la participation à cette étude; ce fut la somme forfaitaire de 20 $ proposée à chaque participante en début rencontre dans le but de couvrir leur frais de déplacement, notamment.

Par ailleurs, dans le cas où la participante souhaiterait se retirer, les données transmises seront détruites afin de respecter la décision de la participante de se retirer de l'étude. En effet, puisqu'un code alphanumérique unique a été créé pour chaque participante rencontrée lors des entrevues, il serait possible de retracer ses données dans l'éventualité où cette dernière voudrait se retirer, et ce, en fonction du code alpha-numérique qui lui a été attribué. Il avait été prévu que les données de la participante qui se retirerait seraient détruites. Par contre, chaque participante a été informée qu'il ne serait plus possible de retirer les données si les analyses ont été effectuées et publiées.

Considérant la fragilité psychologique des participantes de ce projet de recherche, la collaboration étroite avec le CAVAC assurait un filet de sécurité afin de prévenir les cas où la participante dévoilerait durant l'entrevue une situation d'abus ou de compromission vécue. Or, il est à noter que dans un contexte où il y aurait eu une expression d'idées suicidaires, d'homicides ou de menace à l'intégrité, l'étudiante-chercheure se serait référerée à la loi P-

38 si elle avait constaté que l'état mental de la personne présentait un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. De plus, l'estimation du niveau dangerosité et celui d'urgence évalués par l'étudiante en fonction des signes précurseurs divulgués par les participantes leur a été suggérées. En effet, l'aide psychosociale proposée était de nature communautaire et institutionnelle et se voulait être par rapport à l'expression de malaises psychologiques ou en cas d'expression d'idées suicidaires ou en fonction d'autres ressources appropriées (p. ex : des ressources communautaires de la région de Montréal ou le CIUSSS de Montréal ainsi que de différentes lignes d'écoute (p.ex. Info-Social, Tel-Aide, Suicide Action Montréal, etc,.). La transmission de l'information aurait été faite sur la situation problème révélée par la participante et aurait été transmise pour assurer qu'une démarche d'intervention soit effectuer auprès de cette dernière afin de favoriser son bien-être. Cependant, au terme de cette étude, l'étudiante-chercheure n'a pas eu recours à l'application de la P-38 ou au référencement de la P-34.

4.7 La diffusion des résultats

Les résultats de la recherche seront transmis aux intervenants de l'organisme du CAVAC de Montréal en leur remettant une copie du mémoire de maîtrise. Les résultats pourront aussi faire l'objet de présentations orales et être affichés lors de colloques ou congrès auprès de groupes intéressés. Or, pour chacune de ces activités de diffusions des résultats, la confidentialité des participantes est et sera assurée, car le lien entre les données et les participantes n'existera que dans le code alphanumérique attribué aux participants lors de l'entrevue. Il sera donc impossible pour les intervenants et utilisateurs de services du CAVAC de parvenir à retracer une participante à partir de ce code unique. Les résultats présentés dans ce mémoire de tous les adultes ayant participé au projet de recherche ont été

anonymisés. En effet, tous les renseignements collectés demeurent donc strictement confidentiels.

CHAPITRE 5
RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats de l'étude. Il se divise en quatre sections. Ces sections seront organisées en fonction des niveaux ontosystémique et microsystémique du modèle bioécologique de Bronfenbrenner (2005), et ce, afin de chercher à classer les résultats de la collecte de données en fonction des sous-systèmes leur correspondant. C'est d'abord sous forme de courts récits que la première section décrira sommairement les situations de violence vécues par chaque répondante. Le portrait des huit participantes rencontrées explicitera les deux formes de crimes violents les plus vécues par ces dernières, soit l'agression sexuelle et le voie de fait dans le contexte de la violence conjugale. De plus, cette section tentera d'apporter des résultats complémentaires à partir des résultats quantitatifs qui sont issus de ces trois questionnaires auto-rapportés : a) l'ÉPS (Caron, 1996), 2) le CD-RISC (Connor et Davidson, 2003) et c) le STORI (Andresen et al., 2006), et ce, en fonction des crimes violents, présentés ci-haut. La deuxième section apportera, ensuite, des informations quant aux répercussions perçues par les répondantes de leurs violences vécues, notamment sur le plan de leur santé mentale. La troisième section tentera de décrire la composition des réseaux sociaux des participantes, de même que des formes de soutien social accessibles. Plus spécifiquement, cette partie présentera les personnes ayant eu un impact positif dans le rétablissement des répondantes. Enfin, quant à la dernière et quatrième section, celle-ci identifiera d'autres facteurs individuels et environnementaux ayant influencé positivement ou négativement le rétablissement des participantes de l'étude en fonction de deux dimensions du rétablissement, soit la redéfinition de soi et la reprise de pouvoir d'agir.

5.1 Le portrait qualitatif de huit situations de violence vécues par les répondantes

Dans cette section, des histoires de vie, construites à partir des données quantitatives et qualitatives recueillies sont proposées[8]. Elles visent à circonscrire les parcours de vie de ces personnes, en s'intéressant aux violences vécues et à leurs répercussions, de même qu'à leur processus de rétablissement. Avant d'introduire ces parcours, un profil général des participantes de l'étude, dont la synthèse est disponible dans le Tableau 1, est effectué. L'échantillon comprend 7 femmes et 1 homme, dont l'âge moyen est de 44 ans (*ET*=12,47). Un peu plus de la moitié des participantes de l'échantillon vivent seules (*n*=5). Parmi elles, 4 participantes habitent en appartement et 1 participante vit dans une maison mobile. En ce qui a trait à la scolarité de cet échantillon, la majorité a obtenu un diplôme post-secondaire, soit un dipôme de niveau universitaire pour 4 participantes et un diplôme de niveau collégial pour 3 autres participantes de l'étude. Du côté de leur vie professionnelle, un peu plus de la moitié des participantes sont présentement sans emploi, dont une qui est étudiante. Durant la dernière année, deux participantes disent occuper un emploi à temps partiel et une autre un emploi à temps plein. La majorité dépend de l'aide de l'État concernant sa situation financière. La source des revenus est très variable pour 6 des huits participantes de l'étude. Cinq participantes reçoivent des prestations de la sécurité du revenu. Deux d'entre-elles reçoivent de l'aide du Programme de solidarité sociale, une autre perçoit quant à elle des prestation de l'assurance-emploi, une autre reçoit des prestations d'invalidité, tandis qu'une dernière reçoit une pension de vieilleisse et un supplément de revenu garanti. Le revenu de

[8] Il est à noter que tous les prénoms mentionnés dans ce mémoire sont fictifs. Un pseudonyme a donc été attribué à chacune des participantes de l'étude afin de protéger leur anonymat.

trois autres participantes provient quant à lui d'un emploi pour 2 des participantes et de l'aide financière aux études pour une femme de l'échantillon.

Tableau 1 : Profil des participantes à l'étude.

	Pseudo							
	Sofia	Xavier	Florence	Claude	Béatrice	Laura	Charlie	Sara
Genre	F	M	F	F	F	F	F	F
Age	37	34	44	31	35	58	47	66
Statut civil	Cél.	Cél.	Div.	Mariée/ séparée	Cél.	Div.	Cél.	Div.
Habitation	Seule	Coloc.	Seule	Seule avec enfant	Coloc	Seule	Seule	Seule
Crime vécu	AS+VQ	AS	VF	AS+VF	AS+VF	VF	AS+VF	AS
Santé physique	Asthme	N.A.	CC	Blessures physiques	Fatigue Asthme Psoriasis	Fibro.	Maux de dos Troubles digestifs	Épi.
Trouble SM	Dép Anx TSPT	TPL TSPT TA	Anx TSPT	TSPT	Anx Dep TSPT	Alco. Toxico.	TBP	TBP
Médication	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Refus	Oui
Services*	Psy MD	MD	OBNL Réadap.	N.A	Clinique Externe SM	Psy	OBNL AS et VC	OBNL SM

Notes. Cél. = Célibataire. Div.=Divorcée. Coloc. = Colocation. AS = Agression sexuelle. VQ = Vol qualifié. VF = Voie de fait. CC = Commotion cérébrale. Fibro = Fribromyalgie. Dép. = Dépression. Anx. = Anxiété. Alco. = Alcoolisme. Toxico. = Toxicomanie. TPL = Trouble de personnalité limite. TSPT = Trouble de stress post-traumatique. TA = Trouble de l'adaptation. TBP = Trouble bipolaire. MD = Médecin de famille. Psy = Psychologue. SM = Santé mentale OBNL = Organisme à but non lucratif. Réadap. = Réadaptation. VC = Violence conjugale. *Services reçus à l'extérieur du CAVAC. La participante A8 ne reçoit pas de services du CAVAC.

5.1.1 Sofia

Sofia était âgée de 37 ans au moment de l'entrevue semi-dirigée au printemps 2017. Elle a mentionné être célibataire. Lors de l'entrevue elle a partagé avoir vécu, l'année précédente, ces deux épisodes précis de violence en ces termes : « […] reste qu'en très peu de temps j'ai été agressée sexuellement, j'me suis fait voler chez nous, ça c'est un autre viol, et euh, pis j'habite seule dans un rez-de-chaussée. »

Sofia rapporte avoir été victime d'une agression sexuelle perpétrée par un professionnel de la santé[9] lors d'un rendez-vous dans une clinique, ainsi qu'avoir été victime d'un vol qualifié dans son appartement où elle y habite seule. Depuis ces épisodes de violence, elle a remarqué plusieurs changements sur le plan de sa santé globale. Lors de l'entretien, Sofia a d'ailleurs tenu à préciser que sa santé, notamment mentale n'était pas très bonne. Au moment la rencontre, elle a indiqué être atteint de symptômes liés aux troubles dépressif, anxieux et ceux liés au trouble de stress post-traumatique développé à la suite des crimes dont elle a été victime. De plus, Sofia doit prendre de la médication qui l'aide à fonctionner au quotidien.

Aussi, plusieurs répercussions ont été observées par Sofia, dont celles liées à ses habitudes de sommeil, puisqu'elle dort un maximum de 3 heures par nuit par période intermittente. Donc, depuis la survenue de ces épisodes de violence, elle remarque certains changements dans ses comportements, dont le fait de dormir avec un bâton de baseball. Toutefois, Sofia remarque aller beaucoup mieux sur le plan psychologique qu'à l'automne

[2] Le terme « professionnel » de la santé a été utilisé afin de taire la profession de l'agresseur, et ce, dans le souci de préserver l'anonymat de la répondante.

dernier, mais elle précise que tout n'est pas parfait.

5.1.2 Xavier

Lors de l'entrevue Xavier était âgé de 34 ans. Il est à noter qu'il est le seul homme de l'échantillon de l'étude. Par ailleurs, Xavier a indiqué être célibataire et vivre en appartement en colocation. La violence sexuelle dont il a été victime a été vécue durant son enfance. Elle a été commise par sa gardienne ainsi que par des hommes plus âgés que lui durant son adolescence. En 2012-2013, des procédures judiciaires ont d'ailleurs été intentées contre un de ses agresseurs sexuels qui a été emprisonné pour ce crime commis. Pour ce qui est des actes perpétrés par sa gardienne, Xavier a partagé le changement de regard sur cet acte ainsi :

> Pour ce qui est de l'enfance, la p'tite enfance, à ce moment-là je réfère plus à ma gardienne. Ça été beaucoup plus longtemps après que j'me suis mis vraiment plus apercevoir la nature peut-être un peu plus criminelle, ou du moins plus abusive et incorrecte, par rapport à un enfant, qu'avant, avant j'étais comme ok bon ça m'a perturbé, mais j'voyais pas ça comme nécessairement inadéquat, j'pensais que c'était moi qui avais juste le potentiel d'être traumatisable là, par rapport à des affaires que d'autres ont bien vécu.

Sur le plan de la santé mentale Xavier a mentionné durant l'entrevue avoir été diagnostiqué pour diverses problématiques depuis l'enfance, soit : le trouble de personnalité limite, le trouble de stress post-traumatique et le trouble de l'adaptation. Xavier a indiqué prendre une médication. Il a aussi précisé avoir utilisé différents services d'aide offerts dans la collectivité pour les victimes d'acte criminel comme ceux du groupe de soutien pour les hommes abusés sexuellement, le centre de ressources et d'intervention pour hommes abusés sexuellement dans leur enfance et celui d'une psychologue et sexologue qu'il avait lui-même choisi. Dans ce parcours de rétablissement, s'échelonnant sur plus d'une décennie, Xavier a

mentionné avoir également été prestataire de revenus provenant d'une IVAC. Ce revenu a été pour lui aidant, car il a ainsi pu payer sa thérapie et certaines de ses dettes, l'aidant ainsi à rétablir son fonctionnement social. Xavier raconte comment son processus a fait partie de sa vie : « Je qualifierais de vraiment en rémission. Parce que c't'un état très long, c't'un long processus de recouvrement qui couvre pratiquement l'entièreté de ma vie, d'impacts pis c'est ça, développés sur l'entièreté de ma vie. »

5.1.3 Florence

Âgée de 44 ans lors de la rencontre, Florence mentionne être divorcée et habiter seule en appartement. Elle a été victime de voies de fait commis par son conjoint. Florence a toutefois tenu à préciser n'avoir jamais vécu d'agression physique avant cet épisode de violence conjugale. Elle l'a partagé en ces mots :

> Moi c'est mon conjoint qui m'a agressé puis peut-être pour préciser aussi, ce n'est pas quelque chose qui a été vécu plusieurs fois là ça été une agression mais une agression quand même assez grave là, [une] commotion cérébrale, une côte pétée des bleus partout sur l'corps. Il ne m'a pas manqué. Il ne m'a pas manqué, il m'a frappé, ben il m'a frappé juste une fois dans sa vie, mais on dirait que toute ses frustrations y'ont toutes sorties d'une shot pis j'ai payé pour là.

Or, ce n'est qu'à la suite de cet épisode que la répondante est parvenue à reconnaître que leur relation conjugale s'était désagrégée. À cet effet, elle nomme s'être sentie fragilisée sur le psychologique pendant cette relation.

Pour Florence, les conséquences de cette violence conjugale ont été multiples tant sur le plan physique que sur le plan psychologique. Plus précisément, l'agression physique dont Florence a été victime l'a menée à recevoir plusieurs services variés offerts dans la collectivité. D'abord, sur le plan physique, elle a bénéficié des services d'un centre de

réadaptation en déficience physique de Montréal à la suite d'une commotion cérébrale. Ensuite, sur le plan psychologique, durant l'entretien, plusieurs répercussions ont aussi été nommées, soit des réactions que Florence disait associées à un TPST et aussi à diverses manifestations liées à son anxiété, or elle ne prend pas de médication à cet effet. Voici comment cette dernière décrit ces répercussions :

> Après l'agression en fait, ben y'a toute l'aspect j'avais perdu, ben à cause d'la commotion cérébrale en plus là, j'avais perdu tout sens de proportion, les distances tout ça. Me retrouver dans une auto là, c'était pareil comme d'me mettre en d'sous d'une épée qui va m'tomber d'sus là. J'avais l'impression que j'étais en survivance tout l'temps, en alerte là, pareil comme si y'avait quelqu'un qui essayait d'me tuer tout l'temps, parce que j'avais toujours la perception que les autos s'en venaient sur nous, donc on était tout l'temps en imminence d'accident d'voiture là […] Mais moi mes perceptions, les sons aussi c'était tout amplifié donc […] C'était un peu comme un gros bad trip qui arrêtait pu là. Donc, oui au début, beaucoup à cause d'la commotion cérébrale, mais beaucoup aussi à cause de toutes les répercussions dans ma vie personnelle de c'que ça amené, j'étais très angoissée, j'étais, souvent en crise de panique.

Florence a donc mentionné avoir bénéficié des services du CAVAC pour du soutien psychosocial, ainsi que par la suite des services issus d'un programme de croissance personnelle offert par une ressource communautaire en hébergement à Montréal.

5.1.4 Claude

Au moment de l'entretien, Claude était âgée de 31 ans et vivait avec son enfant en appartement. Concernant son statut civil, elle a indiqué avoir été mariée, mais être séparée de son conjoint. Deux crimes violents ont été vécus par la répondante, soit les agressions physiques et sexuelles; toutes deux perpétrées par son (ex-) conjoint. Depuis les épisodes de violence conjugale, Claude a partagé avoir identifié des changements dans sa vie à la suite de son mariage, elle les présente ainsi : « Avant j'étais mieux. J'étais normale, j'ai fait mes études, je faisais mes choses, mais mon mariage a tout changé. J'ai effectué une première

plainte en 2014, mais malgré qu'il fût coupable je suis retournée avec lui en fait, mais c'était la même chose encore. Ce n'était pas stable, parfois ça allait mieux, d'autre fois non. »

Les épisodes de violence conjugale ont influencé la santé globale de Claude, puisqu'elle a rapporté avoir été victime de blessures physiques et d'un TSPT, sans toutefois prendre de médication pour ce dernier. De plus, plusieurs autres répercussions ont été partagées par Claude durant l'entretien en ces mots :

> Actuellement j'ai stress post-traumatique, j'ai l'anxiété, insomnie et, parfois c'est dépressif aussi […]je suis très prudente, je veille tout le temps sur la maison, sur ma fille, sur mes marches, sur les aller-retours, j'ai beaucoup de peurs, beaucoup de craintes pour ma sécurité. […] Parfois, j'ai beaucoup de fatigue, oui. Parfois ma concentration aussi. Et mon anxiété ça sort parfois comme ça, c'est juste j'ai un rendez-vous ou quelque chose à faire, à remettre, je dois juste aller faire l'épicerie ça sort aussi. […] Aussi, toutes les choses qui sont liées à lui ou au processus judiciaire, mon processus du divorce aussi, ça me rend tellement malade, physiquement aussi. […] J'ai aussi récemment le diabète. À part les blessures que j'ai subies de lui physiques.

Claude a indiqué avoir été accompagnée par les services du CAVAC, de l'IVAC ainsi qu'avoir entrepris des démarches judiciaires contre son ex-conjoint.

5.1.5 Béatrice

Lors de la rencontre, la répondante était âgée de 35 ans. Elle a mentionné être célibataire et vivre en colocation. Or, avant l'épisode de violence, Béatrice était en relation avec un homme. C'est durant cette relation que l'agression sexuelle et les voies de faits ont été commises. Elle en parle ainsi :

> T'sais moi quand, quand j'sortie de d'là, j'avais peur de mourir là parce que mon ex-conjoint y'était extrêmement imprévisible, du moment où j'étais dans la relation je n'avais pas le sentiment d'un danger immédiat pour ma vie, mais je savais que si j'partais et qu'en plus j'partais avec le chat, j'réveillais quelque chose en lui qui pouvait le, qui pouvais l'amener à quelque chose d'assez eh.

À la suite de de cette violence, plusieurs répercussions tant sur le plan de la santé physique que sur le plan de la santé mentale ont été rapportées. En effet, la répondante a indiqué présenter des signes de fatigue physique, avoir du psoriasis et être asthmatique. De plus, des troubles mentaux ont été développés à la suite des épisodes de violence conjugale, soit un TSPT, de l'anxiété et des symptômes de dépression. Elle a indiqué prendre de la médication et avoir utilisé les services de la clinique externe en santé mentale et ceux du CAVAC pour l'accompagnement judiciaire de l'IVAC. Quant à son niveau de stress, cette dernière se considèrerait somme toute assez satisfaite, au moment de l'entrevue, et ce, du fait qu'elle allait de mieux en mieux. Béatrice a par ailleurs observé une amélioration dans son alimentation lorsqu'elle la compare à l'époque de l'épisode de violence. En définitive, la répondante a remarqué que son rétablissement s'est amorcé à partir du moment où elle a quitté le milieu de violence conjugale dans lequel elle se trouvait.

5.1.6 Laura

Au moment de l'entrevue, Laura était âgée de 58 ans, était divorcée et vivait seule. Elle a indiqué avoir des douleurs physiques associées à la fibromyalgie ainsi qu'avoir souffert d'alcoolisme et de toxicomanie. La répondante a d'ailleurs tenue à préciser qu'elle était maintenant abstinente. Elle a utilisé les services en psychologie dans son processus de rétablissement. Laura a indiqué prendre de la médication au moment de la rencontre.

La violence dont cette répondante a été victime a principalement été psychologique, mais également physique (voie de fait) dans le contexte de la violence conjugale. Laura a partagé dans ces mots ces expériences de violence :

> Non ce n'était pas le premier épisode de violence…Quand tu subis d'la violence, ça été plus ou moins de courte durée, j'en ai déjà eu dans l'passé de plus longue durée, plus de violence psychologique, ces gens-là t'isolent des gens, y t'coupent, même avec ta famille, ça fait, y t'coupent de ton réseau. Ce n'est pas facile à revenir de tout ça. Moi, c'est de longue date, donc avant, plus jeune, j'étais restée avec quelqu'un qui était très violent psychologiquement, parfois physiquement, mais surtout psychologiquement. Ça fait un choc de toute ta vie là quasiment.

À la suite de cette violence vécue, la répondante a identifié plusieurs répercussions dont le sentiment de peur qui a pris la forme d'anxiété entre autres du fait que l'agresseur était omniprésent dans son entourage. Elle mentionne qu'il a toutefois été mis en état d'arrestation. Malgré tout, l'anxiété est demeurée présente, et ce, même après quelques années. Laura a d'ailleurs souligné durant l'entretien qu'il lui a été difficile d'identifier l'impact de cette violence sur sa santé, voici comment elle l'a exprimé :

> C'était entremêlé de pleins d'choses, pas pleins d'choses, de d'autres choses, dont la consommation. Bon après ça moi j'ai été super malade, c'est sûr qui s'est passé beaucoup d'choses en même temps. C'est parfois dur de faire la part des choses […]. J'pense toujours que quand tu t'rends dans des situations de violence bien c'est un tas d'chose, y'a plusieurs éléments qui fait que tu vas t'rendre jusque-là, on ne peut pas isoler ça comme ça, en tout cas pas pour moi.

Durant la rencontre, Laura a mentionné avoir utilisé les services d'un psychologue, du CAVAC pour l'accompagnement juridique et de l'IVAC.

5.1.7 Charlie

Charlie était âgée de 47 ans au moment de l'entretien. Elle a mentionné être célibataire et vivre seule. La violence vécue par Charlie s'échelonne sur plusieurs années et a été perpétrée par différentes personnes dans son entourage. Elle a d'ailleurs indiqué qu'à la suite des agressions physiques commises par son conjoint, ce dernier a été emprisonné. À cet effet, durant l'entretien, elle a tenu à préciser ne pas seulement avoir été agressée (agression

sexuelle et voie de fait) par son conjoint, mais aussi par un membre du personnel (harcèlement psychologique) lorsqu'elle était en emploi et par un membre de sa famille (agression à arme blanche) lorsqu'elle était enfant. L'impact de cette violence semble avoir été considérable, puisque devant la violence de deux de ses agresseurs (une collègue au travail et son conjoint) Charlie a précisé avoir réagi ainsi :

> Bien à c'te moment-là mon corps est resté assis sur ma chaise … J'me suis comme dédoublée, je l'ai étranglé. Même volet avec mon agresseur, y m'a sacré la première claque, j'tombée assise dans l'lit, j'étais perdue j'ai, pis quand j'me suis relevée pour pouvoir m'en retourner, pour pouvoir m'en aller d'la pièce y m'en a sacré un autre, j'suis revolée sur mon bureau, j'tombée les mains sur mes ciseaux […], encore là j'suis restée comme, mon corps est resté inerte, mais j'me suis encore comme dédoublée, j'ai comme pris les ciseaux pis j'y ai planté en plein cœur à mon agresseur. C'est c'te bout-là qui fait peur. C'est c'te bout-là que j'peux dire qu'y'a affecté mon psychologique, plus que le reste parce que des agressions j'en ai eu toute ma vie, j'étais comme, j'me pensais immunisée de ça t'sais.

Par ailleurs, quant à sa santé globale, Charlie a mentionné durant l'entretien avoir divers problèmes de santé physique, dont des maux de dos, des troubles digestifs notamment un ulcère d'estomac et elle a de plus reçu un diagnostic du syndrome du côlon irritable. Elle a également indiqué avoir reçu un diagnostic de trouble bipolaire, qu'elle a précisé avoir refusé. Charlie a d'ailleurs tenu à préciser ne pas vouloir prendre la médication qui lui a été prescrite pour ce trouble. La répondante a donc parlé de sa santé globale en ces termes :

> J'pense que ma santé y'a aussi l'volet médicament que j'ai arrêté, j'me suis faite sevrer par mon médecin pis toute ça, pis là y m'a prescrit d'autre chose, mais j'ai été les acheter, mais j'les ai pas pris finalement j'étais comme en décision, j'ai laissé un peu d'temps, sauf que, mon sommeil est pas récupérateur, j'ai d'la difficulté à dormir, j'ai beaucoup d'flashs back, j'ai beaucoup d'choses qui m'revient la nuit. C'est difficile pis dernièrement c'est les poumons qui ont commencé, la nuit j'crache beaucoup, j'tousse un peu plus pis j'ai, j'crache beaucoup pis ça.

Enfin, d'autres répercussions ont été partagées par la répondante dont celles en lien avec ses relations interpersonnelles. Les relations de Charlie ont souvent été marquées par un sentiment de rejet. À cet effet, la répondante indique qu'à la suite de l'épisode de violence conjugale, elle a observé avoir perdu la majorité de ses relations amicales et aussi avoir été internée à l'hôpital psychiatrique par un membre de sa famille proche. Toutefois, Charlie a mentionné recevoir diverses sources de soutien, soit celles provenant d'une de ses sœurs, d'un organisme communautaire dédié aux agressions sexuelles et à la violence et d'un groupe à l'église.

5.1.8 Sara

Sara, 66 ans, est divorcée et elle habite seule dans une maison mobile. Elle a mentionné en cours d'entretien être épileptique et prendre de la médication à cet effet ainsi qu'elle mentionne avoir reçu un diagnostic de trouble bipolaire. À l'adolescence, Sara a été victime d'une agression sexuelle commise par un homme. Ce n'est que récemment qu'elle a été en mesure de l'identifier ainsi et d'en parler en ces mots :

> Je n'ai jamais, mais jamais avant il y a quelques mois considéré ça, considéré le viol dont j'ai été victime comme un crime parce que j'considérais que c'était comme une agression sexuelle, c'était presque de me faute, même si j'avais fait le CPIVAS [Centre de prévention et d'intervention pour victimes d'agression sexuelle] pis même si j'avais lu à quelque part pis en tout cas, c'est juste récemment quand je suis allée au CALACS [Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel] que l'intervenante m'a fait réaliser que j'avais été victime d'un viol qui est un crime.

Durant l'entretien, Sara a souligné avoir eu le sentiment d'être en dépression toute sa vie sans toutefois l'avoir associé à un trouble mental. Cette dernière pensait qu'il s'agissait de son fonctionnement psychosocial bien à elle. Sara a parlé de sa santé mentale ainsi :

> Mes humeurs sont inégales, je suis à tendance dépressive, mais j'dirais que j'lâche pas, mais j'ai l'impression que j'relève pas […] d'la grosse dépression que j'ai vécue l'année passée là on dirait que je n'arrive pas à en sortir complètement ou encore c'est parce que justement j'ai décidé moi à partir de là d'aller vraiment au fond des choses. Puis du fait que je vais vraiment au fond des choses avec un psychologue, le CALACS eh, pleins d'démarches personnelles où je suis allée chercher de l'aide professionnelle, c'est peut-être justement à cause de ça, c'est normal que ça n'aille pas super bien pis que les journées ne soient pas toujours comiques là. Mais j'ose croire que ça va aller mieux un jour-là.

Au moment de l'entretien, Sara envisageait donc la possibilité de parvenir à un état de mieux-être dans son parcours de rétablissement. De plus, elle a précisé recevoir des services de soutien provenant d'organismes communautaires en santé mentale qui l'ont aidée à être un peu plus sereine au quotidien. Sara a nommé parvenir à accepter davantage ses émotions, ce qu'elle ne parvenait pas à faire dans le passé.

5.2 Les procédures judiciaires et les suivis psychologiques et médicaux offerts aux personnes victimes de crimes violents dans la collectivité

La majorité des participantes (n=7) rencontrées ont enclenché des procédures judiciaires relativement à la violence vécue. De plus, toutes les personnes rencontrées ont mentionné avoir utilisé les services d'aide offerts aux victimes d'agression physique ou sexuelle. Les répondantes (n=8) ont également souligné avoir reçu des services de soins pour leur santé physique et mentale dans les secteurs publics et communautaires. Pour ces dernières, les démarches auprès des services dans la collectivité ont été très présentes dans leur quotidien. Claude en parle ainsi :

> Je suis très occupée et parfois ma santé ne me permet pas beaucoup de choses. […] J'ai beaucoup de rendez-vous médicaux. J'ai une fois ma psychologue, j'ai trois fois ma physiothérapie et je ne la déteste pas parce que à chaque fois c'est douloureux et ça me rappelle toutes les douleurs que j'ai vécues avec lui et j'ai aussi deux suivis psychologiques pour ma fille. Et je vois mon médecin général chaque deux semaines pour mes médicaments, parce que je ne trouve pas de médicaments adaptés. Maintenant j'ai fini avec le criminel, maintenant

> c'est le civil qui commence. J'ai beaucoup de suivis avec mon avocat (Claude).

Pour Sofia les services judiciaires et les services d'aide aux victimes de crimes violents ont été très aidants. Par contre, elle a mentionné également qu'ils ont été aussi la source de frustration et de déception, notamment envers le système de justice tout comme pour Claude. Voici comment elles ont partagé leur expérience en lien avec système judiciaire :

> Heureuse que ça existe [… mais il y a un] manque je trouve de cohésion entre les intervenants […] pis y'a rien dans la façon dont travaille les juristes qui ont du sens (rire), quand je l'ai vu la procureure qui m'a annoncé qu'elle ne poursuivrait pas, ce n'est pas personnellement de cela que j'ai mal, c'est idéologiquement, c'est comme si tout ça m'avait déconstruite. Comment ça se passe avec les policiers, comment ça se passe avec la justice machin, je suis déprimée (rire). J'trouve ça super rough que ce soit sur les épaules d'la victime que repose l'fardeau du truc t'sais c'est à nous d'aller cogner à des portes. Tout ça c'est rough et y'a un manque de formation flagrant auprès des gens qui sont en première ligne. (Sofia)

> Toutes les choses qui sont liées à lui ou au processus judiciaire, mon processus du divorce aussi, ça me rend tellement malade, physiquement aussi. […] Je souhaite juste que pour les femmes comme moi, parce que oui on bat beaucoup pour ça, on porte les plaintes, on va jusqu'au criminel, on témoigne et j'ai fait ça 7 fois et c'était coupable pendant les 7 fois, mais malgré ça je fais comme une distraction entre ce qui est civil et ce qui est criminel, malgré qu'on parle des mêmes personnes ici, mêmes personnes là. Je crois aussi qu'il y a beaucoup de choses à travailler, dans les lois et parfois y'a beaucoup de jugement aussi pour les victimes. (Claude)

Dans le cas de Florence, elle a mentionné avoir cherché de l'aide pour les victimes de violence conjugale, mais durant l'entretien elle a précisé qu'il lui avait été difficile de se reconnaître comme une victime. Elle en a parlé ainsi : « J'm'identifiais tellement pas à la femme battue ! ». Conséquemment à l'épisode de violence ainsi qu'à la reconnaissance de sa victimisation, Florence a utilisé divers services publics et communautaires. Durant l'entretien, elle a expliqué sa situation en ces mots :

> Bien moi j'pense que j'ai été chanceuse, j'ai quand même eu accès à des services pas mal, étant donné que moi en plus j'ai eu une séquelle physique, une commotion cérébrale c'était quand même la chose la plus importante qui a amené toute une réadaptation pis tout ça, pis j'ai eu accès à des services grâce à ça, ou en tout cas par la bande à cause de ça. Par contre, même ces services-là j'considère que y'a fallu que j'gratte pas mal pour y avoir accès. Quelqu'un qui n'a pas le côté un peu revendicateur de dire mais si ça ne marche pas ce n'est pas normal, j'me sens toujours très confuse pis ça m'fait…Ça s'peut pas que j'sois comme ça pour le reste de mes jours. J'veux faire quelque chose pour m'aider pis j'ai besoin d'aide. Si la personne n'avait pas été proactive comme moi elle ne l'aurait pas eu ces services-là pis elle serait chez elle en train d'déprimer pis elle ne serait pas en aussi bonne position que moi pour se remettre en activité. (Florence)

5.2.1 Association entre résilience, soutien social et stades de rétablissement

L'objet d'étude de ce mémoire était d'explorer les facteurs ayant aidé ou nui au processus de rétablissement des participantes à la suite de l'épisode de violence. Lors de l'entretien avec Florence, cette dernière a identifié un facteur qui a nui à son rétablissement. Voici comment elle en a parlé :

> Le fait que mon agression ça été mon conjoint ça multiplié de beaucoup le temps qu'ça m'a [pris], t'sais la même commotion cérébrale j'l'aurais eu en faisant du vélo, quelqu'un m'aurait frappé par erreur pis, t'sais y'aurait pas eu aucune agression, y'aurait pas eu de violence comme telle là, en tout cas pas d'être humain à être humain là, c'est violent t'sais aussi un choc là c'pas la même chose, y'aurait pas eu une intention méchante en arrière que j'aurais eu l'appui d'un conjoint donc, parce qu'il aurait été dans ma vie encore, ça aurait pris vraiment beaucoup moins d'temps à récupérer, mais là [y'avait] toute l'aspect psychologique (Florence).

Dans cette figure de cas, le fait que l'agresseur de Florence ait été son conjoint a-t-il été un facteur nuisible à son processus de rétablissement ? Quels autres facteurs ont influencé le processus de rétablissement des participantes de l'étude ? Est-ce que le fait d'avoir été victime d'une agression sexuelle pourrait être considéré comme un facteur ayant influencé le rétablissement de manière similaire à celui des participantes ayant été victimes de voies de fait dans le contexte de violence conjugale ou à celui des victimes de ces deux types de crime.

Les résultats de la collecte des données quantitatives seront donc l'occasion de regarder si le type et le contexte du crime violent vécu a pu être influencé par les trois variables suivantes, soit a) le soutien social; b) la résilience; et c) le stade du rétablissement.

Le Tableau 2 présente les résultats obtenus par les participantes à l'ÉPS (soutien social) de Caron (1996); au CD-RISC de Connor et Davidson (2003), ainsi qu'au STORI d'Andresen et al. (2006).

Tableau 2 : Soutien social, résilience et stade du rétablissement

	Soutien social			Résilience			Stade
Participantes (pseudo.)	Score brut (0 – 96)	Score *z*	Score *t*	Score brut	Score *z*	Score *t*	Score brut
Sofia	81	0,81	58,12	4	- 2,10	29,03	4
Xavier	79	0,65	56,52	33	1,15	61,47	5
Florence	65	-0,47	45,29	21	-0,20	48,04	5
Claude	89	1,45	64,53	21	-0,20	48,04	4
Béatrice	74	0,25	52,51	26	0,36	53,64	5
Laura	65	-0,47	45,29	23	0,03	50,28	4
Charlie	65	-0,47	45,29	32	1,03	60,35	4
Sara	49	-1,75	32,46	22	-0,08	49,16	4
Moyenne/Mode	70,88			22,75			4
Écart-type	12,47			8,94			

Notes. Stade 4 du rétablissement = Reconstruction. Stade 5 du rétablissement = Croissance.

Claude a montré un niveau de soutien social plus élevé que les autres participantes tandis que Sara a obtenu quant à elle le score le plus faible de l'échantillon pour le soutien social. Toutes les autres participantes de l'étude ont montré au niveau de soutien social semblable, à l'exception de Sofia qui a rapporté avoir un niveau de soutien social un plus élevé que la moyenne de l'échantillon. Concernant le niveau de résilience, Sofia a quant à elle montré un score inférieur qui s'éloigne de la majorité des participantes rencontrées.

Tandis que Xavier et Charlie ont rapporté une résilience supérieure aux autres participantes de l'échantillon. Les autres participantes de l'échantillon avaient quant à elles des scores semblables. Finalement, en ce qui a trait au niveau de rétablissement, la majorité des participantes ont atteint le stade 4 (reconstruction), tandis que Xavier, Florence et Béatrice ont quant à elles atteint le stade 5 (croissance)[10].

Les Figures 2 et 3 de la page suivante présenteront donc les résultats en score T du soutien social et de la résilience des répondantes. L'objectif est d'examiner comment ces deux variables ont influencé les stades 4 et 5 du rétablissement en fonction des crimes violents vécus.

[10] Le nombre total de stades du rétablissement est de 5. Un score du rétablissement au niveau du stade 4 correspond à la reconstruction et celui au stade 5 à la croissance.

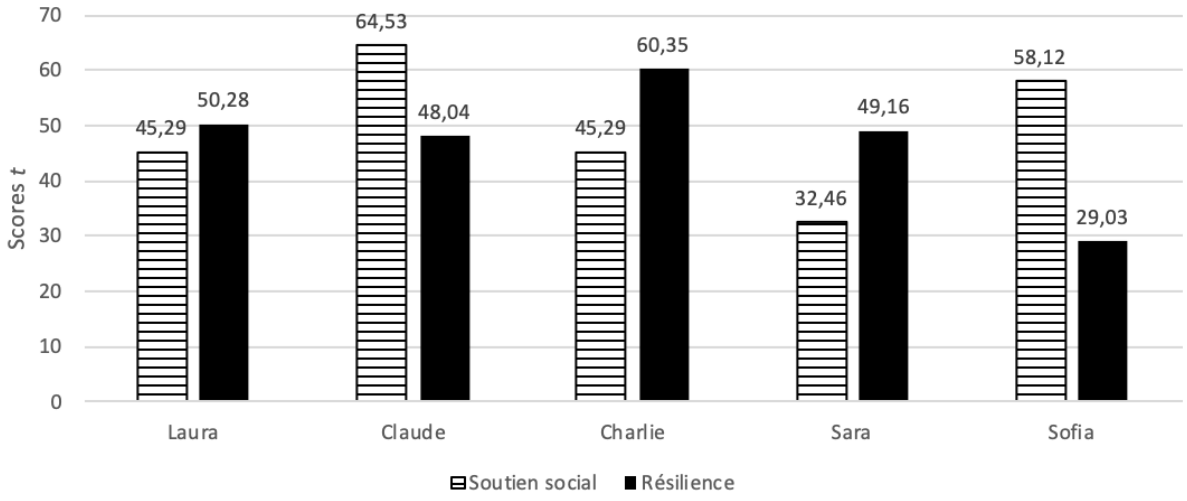


Figure 2 : Soutien social et résilience des participantes au stade 4 du rétablissement

Notes. Les résultats sont présentés en scores T.

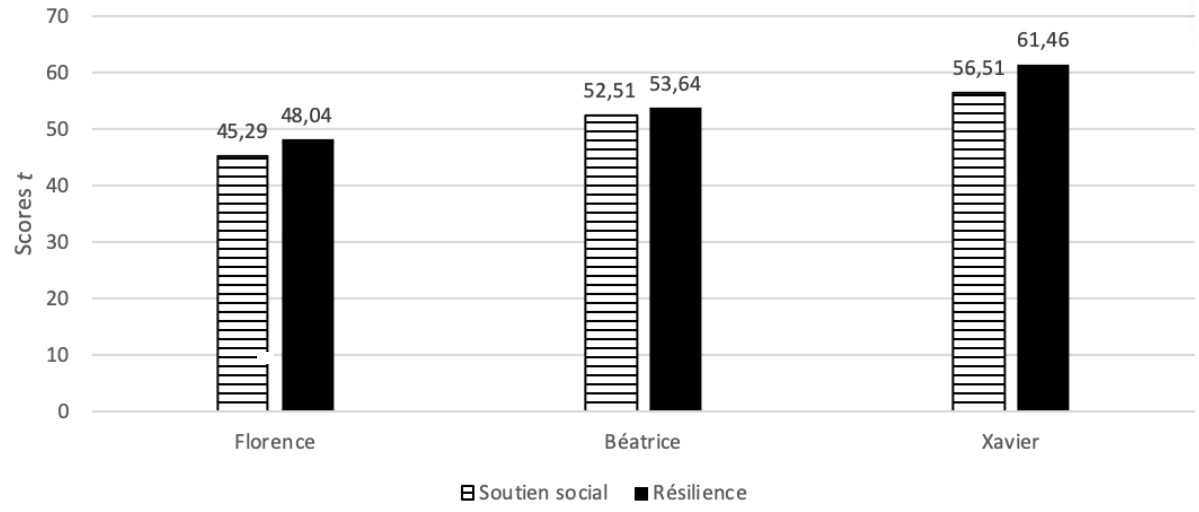


Figure 3 : Soutien social et résilience des participantes au stade 5 du rétablissement

Notes. Les résultats sont présentés en scores T.

La Figure 2 montre les participantes ayant atteint *le stade 4 – La reconstruction* dans leur rétablissement du trouble mental développé à la suite de crimes violents qu'elles ont vécus. Cette figure présente cinq participantes de l'étude, soit Laura, Claude, Charlie, Sara et Sofia. Les crimes violents vécus par ces répondantes sont tous différents, ce qui permet difficilement d'identifier des tendances liées à un type de crimes violent vécus. Pourtant, malgré la variabilité des profils, les scores T de la Figure 2 indiquent des similarités, tant pour le soutien social que pour la résilience. En effet, les scores de cette figure pour le soutien social présentent que 4 participantes parmi les 5, c'est-à-dire Laura, Claude, Charlie et Sofia, ont rapporté avoir été soutenues à la suite du crime violent vécu. Pour les scores T liés à la résilience des participantes à la suite de l'épisode de violence, 4 participantes ont également témoigné avoir usé de leurs habiletés de résilience pour y faire face, soit : Laura, Claude, Charlie et Sara.

Il est intéressant d'ajouter à cette figure que Sofia et Sara ont toutes deux été victimes d'agression sexuelle. Les scores obtenus pour le soutien social et à la résilience de Sofia et de Sara montrent pourtant des scores opposés. En effet, Sofia a rapporté avoir une résilience très inférieure à la moyenne de l'échantillon à la suite du crime violent, donc à celui de Sara. Concernant le soutien social de Sara, ce dernier a été celui le plus faible de l'échantillon, tandis que celui de Sofia était supérieur à la majorité. De plus, la Figure 2 démontre que Claude a indiqué avoir un soutien social supérieur à l'ensemble de l'échantillon. Cette figure présente donc que le soutien social et la résilience de Claude et de Charlie ont des scores opposés. En effet, Claude présente un score élevé par rapport à son soutien social, tandis que Charlie a un faible soutien social. La résilience de Claude à la Figure 2 présente toutefois que celle-ci a rapporté être peu résiliente en comparaison avec le score élevé de Charlie à l'échelle

du CD-RISC de Connor et Davidson (2003). Il est à noter que Claude a quant à elle été victime d'agression sexuelle tout comme elle a été victime de voies de fait dans le contexte de violence conjugale tandis que Charlie a également été victime de violence conjugale, mais cette dernière a été victime d'une agression sexuelle à l'extérieur de sa relation conjugale. Enfin, Laura a quant à elle été victime de voies de fait dans le contexte de la violence conjugale. Cette dernière a montré un score similaire à Charlie sur le plan du soutien social. La Figure 2 démontre cependant que la résilience de Laura a été légèrement supérieure à celle de Claude et de Sara.

La Figure 3 présente quant à elle trois participantes de l'étude ayant atteint *le stade 5 – La croissance*, soit Xavier, Florence et Béatrice. Dans cette figure, les crimes violents vécus par ces répondantes ont tous été différents : voies de fait dans le contexte de la violence conjugale, agression sexuelle et agression sexuelle et des voies de fait perpétrés par le conjoint. Malgré cette distinction en fonction des types de crime vécu, ces trois personnes victimes ont toutes obtenu des scores sensiblement similaires, et ce, tant pour leur soutien social que pour leur résilience.

Florence a été victime de voies de fait dans le contexte de la violence conjugale. Cette dernière a montré des scores similaires à Xavier et à Béatrice tant sur le plan du soutien social que de la résilience. Cependant, pour ces deux variables, les scores T de Florence sont plus faibles que pour Xavier et Béatrice. Xavier qui a quant à lui été victime d'agressions sexuelles à plusieurs reprises dans son parcours de vie, révèle dans cette figure avoir le plus haut score de soutien et de résilience que ceux de Florence et de Béatrice. En ce qui concerne Béatrice, la Figure 3 indique qu'à la suite de l'agression sexuelle et des voies de fait perpétrés par le conjoint, celle-ci a obtenu un score T pour le soutien social qui s'apparente à celui de Xavier.

Par contre, bien que son niveau de résilience soit plus élevé que celui de Florence, il demeure tout de même inférieur à celui de Xavier.

Ces deux figures présentent donc des scores T similaires indépendamment des types de crimes vécu. De plus, parmi toutes les participantes de l'étude, c'est dans la Figure 2 que les scores T pour le soutien social et la résilience indiquent le plus grand écart, soit ceux de Sara et de Sofia.

En somme, les résultats aux questionnaires des huit participantes montrent une variabilité dans les scores obtenus ne permettant pas de dresser de tendance ou d'observer des liens entre les types de crimes vécus, le soutien social reçu, la résilience, ou encore le stade de rétablissement. Il en ressort que différentes trajectoires sont présentes chez les victimes de crimes violents et qu'il est important de s'intéresser à leur parcours de vie pour mieux comprendre leurs différentes réalités.

5.2.2. Synthèse des répercussions rapportées par les répondantes à la suite de crimes violents

Dans cette étude, la majorité des répondantes ont été victimes d'agression sexuelle (*n*=6). Or, de ce nombre, trois ont aussi rapporté avoir été victimes de voies de fait de la part de leur conjoint. Une seule participante a rapporté avoir vécu un vol qualifié, en plus des autres formes de violence dont elle a été victime. Les crimes violents rapportés ont tous été commis par des personnes proches ou connues des répondantes, dont principalement par le conjoint (*n*=5) de ces dernières. À la suite de ces crimes violents, les femmes rencontrées ont rapporté plusieurs répercussions qui ont affecté leur santé physique, leur santé mentale ainsi

que leurs relations interpersonnelles. Les paragraphes qui suivent présenteront donc les répercussions de cette violence vécue par les participantes.

D'abord, sur le plan de la santé physique, la majorité (*n*=7) ont indiqué avoir un ou des problèmes qui étaient directement ou indirectement liés aux crimes violents perpétrés. Les blessures physiques qui ont été engendrées par la violence conjugale ont eu des conséquences importantes dans la vie des répondantes. Ces voies de fait ont causé divers problèmes physiques (voir le Tableau 1 - Profil des participantes à l'étude), dont une commotion cérébrale pour l'une des répondantes et des blessures au cou, aux mains et aux pieds pour une autre. Or, d'autres problèmes de santé physique qui ne sont pas nécessairement liés aux épisodes de violence ont été mentionnés durant les entretiens. Ces problèmes de santé demeurent singuliers à chacune des personnes rencontrées, hormis l'asthme (*n*=2).

De plus, d'autres répercussions ont été identifiées dont celles liées aux habitudes de vie. La majorité des répondantes ont indiqué être insatisfaites (*n*=2) ou très insatisfaites (*n*=3) de leur sommeil. Ces répondantes ont partagé avoir un sommeil entrecoupé et d'une durée de moins de huit heures. Par contre, la moitié des personnes rencontrées étaient plutôt satisfaites de leur alimentation. La plupart des répondantes ont précisé avoir une alimentation variée (*n*=5) et manger entre 1 et 2 repas par jour (*n*=5), les autres participantes ayant indiqué manger 3 repas par jour (*n*=3).

Ensuite, sur le plan de la santé mentale, les 8 participantes ont évoqué avoir développé un trouble mental à la suite de l'épisode de violence. Il s'agissait d'ailleurs de l'un des critères d'inclusion pour participer à l'étude. La majorité ont dévoilé être atteintes d'un TSPT (*n*=5)

et ce dernier a été identifié comme étant en concomitance avec d'autres troubles mentaux comme l'anxiété (*n*=3), la dépression (*n*=2) et le trouble de l'adaptation. Le trouble bipolaire (*n*=2), le trouble de la personnalité limite (*n*=1) et de l'alcoolisme et de la toxicomanie (*n*=1) ont également été nommés. De plus, pour la majorité des répondantes (*n*=7), l'anxiété a été la répercussion la plus couramment ressentie ce qui a affecté considérablement leur fonctionnement social au quotidien. Par contre, au moment de l'entretien, certaines répondantes (*n*=5) avaient remarqué des signes de mieux-être si elles se comparaient à la suite des épisodes de violence. La majorité a indiqué prendre de la médication (*n*=5) en fonction du trouble mental diagnostiqué. Cependant, une personne parmi les personnes rencontrées, Charlie, a tenu à préciser qu'elle avait refusé de prendre la médication prescrite par le médecin, car elle ne se considérait pas atteinte du trouble bipolaire.

Sur le plan des relations sociales, toutes les répondantes (*n*=8) ont mentionné que la violence vécue a eu des répercussions qui ont touché l'une des sphères de l'intimité, de la famille, de l'amitié et de celle professionnelle. Concernant la sphère des relations intimes, certaines (*n*=3) ont explicité avoir de la difficulté à faire confiance à autrui depuis leur agression physique ou sexuelle. Or, il est à noter que pour l'une des répondantes, la coupure du lien social avec son agresseur, son ex-conjoint, a été pour elle l'occasion de briser l'isolement généré par cette relation. D'ailleurs, au moment de l'entretien elle a partagé être en relation avec de nouvelles personnes dans la sphère professionnelle; se disant être plus satisfaite de sa vie sociale qu'avant les épisodes de violence conjugale.

Pour terminer, toutes les répondantes (*n*=8) ont mentionné vivre ou avoir vécu des difficultés au niveau de leur sphère familiale, notamment en lien avec un soutien affectif de

la part de leur mère (*n*=5) qui ne répondait pas à leurs besoins. Par exemple, durant l'entretien Florence a parlé de sa relation avec sa mère ainsi :

> Mais au niveau d'ma famille j'dirais, j'ai eu besoin d'm'éloigner d'ma mère à un moment parce que ma mère c'est une personne très eh, un peu vampire un peu sur les bords pis je n'étais pas capable là d'être, de donner, j'avais besoin d'vraiment focuser toutes mes énergies sur moi pis quelqu'un comme ça, je n'étais pas capable. Eh, après quelques mois, j'ai recommencé à reprendre un peu contact avec elle, mais quand même de plus loin. Pis là dernièrement là on s'est revues un peu plus. J'pense que ce n'était nécessaire parce que je n'aurais pas été capable d'être là pour elle, pis elle c'est juste ça qu'a veut. Ma mère n'est pas capable d'être là pour les autres. (Florence)

Par contre, durant les entretiens il est à noter que ce manque exprimé dans la relation avec la mère n'était pas nécessairement été lié à une répercussion issue des crimes vécus. En effet, les répondantes ont plutôt rapporté que les difficultés relationnelles avec leur mère étaient antérieures aux épisodes de violence rapportée. Cet extrait de Laura en témoigne : « … avec ma mère, ce n'est pas toujours facile. Avec elle, ça toujours été compliqué. C'est difficile toujours là. Ma mère est plus émotive, parfois c'est difficile. Pis est un p'tit peu envahissante aussi, ça aussi c'est difficile. »

5.3 Le microsystème : le réseau social de femmes ayant développé des troubles mentaux à la suite de crimes violents

La troisième section présentera les résultats portant sur le réseau social des participantes. Elle permettra de regarder certains facteurs environnementaux qui proviennent de différents systèmes dans l'environnement de la personne, c'est-à-dire du microsystème (les systèmes les plus proches de la personne p. ex., la famille ou les amis). Durant les entretiens, les répondantes ont identifié six catégories de membres pouvant composer leur entourage, soit ceux provenant du réseau : a) familial; b) amical; c) intime; d) professionnel ou étudiant ou communautaire; e) intervenants des services sociaux ou de la santé ou des

milieux communautaires; et f) animal de compagnie. Dans l'intention de réaliser un portrait global du réseau social de l'échantillon de l'étude, les paragraphes qui suivent chercheront à décrire quels membres ont composé le réseau des femmes rencontrées en utilisant la typologie du lien social de Paugam (2008)[11] tel que présenté dans le contexte théorique.

Les membres du réseau social les plus souvent mentionnés ont été ceux provenant de la sphère familiale (*n*=6) et de la sphère amicale (*n*=6), c'est-à-dire le lien de filiation (p. ex., entre la mère, le père, la fratrie, les enfants) et le lien de participation élective qui renvoie au réseau social choisi en fonction des désirs et également de l'environnement (p. ex., entre les conjoints, les amis). En ce qui concerne le lien de participation élective, la sphère des relations intimes a été rapportée par trois des répondantes. Deux d'entre elles ont identifié leur ex-conjoint comme une personne ayant eu un impact positif dans les circonstances vécues. De plus, l'animal de compagnie, le chat, a également été considéré comme un membre important de l'entourage par deux des répondantes.

Un autre type de lien a été nommé, soit le lien de participation organique qui est lié au milieu de l'apprentissage et à l'exercice des fonctions d'un travail (p. ex., entre les acteurs de la vie étudiantes ou de la vie professionnelle). Les milieux nommés étaient soit liées aux milieux professionnel (*n*=2), étudiant (*n*=1) ou communautaire (*n*=3). Durant les entretiens, ce type de lien social a été nommé de manière un peu plus singulière que les liens de filiation ou de participation élective. En effet, lors des entretiens, deux des cinq répondantes ont

[11] Les entrevues ont permis d'amasser des informations eu égard à trois des quatre types de liens évoqués par Paugam (2008). En l'occurrence, il ne sera pas question du « lien de citoyenneté ». Dans la typologie des liens sociaux de Paugam (2008) la relation avec un intervenant peut être considérée comme faisant partie également du lien organique. Ce type de lien existe que dans le cadre de la fonction professionnelle (p. ex., le lien thérapeutique entre une travailleuse sociale du CAVAC et la personne victime de crime violent).

rapporté occuper un emploi à temps plein et à partiel. Une autre répondante a indiqué être aux études. Enfin, trois autres répondantes ont identifié le milieu communautaire comme étant un environnement social fréquenté à la suite de leur épisode de violence. De ces trois femmes rencontrées, deux étaient sans emploi au moment de l'entretien et l'autre était retraitée. Or, ces dernières ont fréquenté des groupes communautaires distincts. L'une était bénévole dans un organisme communautaire et dans le cadre d'un Festival, l'autre participait à un groupe dans une communauté religieuse et enfin la dernière était dans une chorale et elle a mentionné fréquenter notamment deux organismes communautaires en santé mentale à Montréal.

Enfin, parmi les cinq catégories de membres ayant composé l'entourage des répondantes un lien social a été identifié comme important, soit celui provenant de la relation avec les intervenants des services sociaux ou de la santé ou des milieux communautaires.

5.3.1 Les personnes ayant eu un impact positif dans les parcours de rétablissement des répondantes

Lors des entretiens, les résultats collectés auprès des personnes victimes de crimes ont permis d'identifier quelles catégories de membres provenant de l'entourage de ces dernières ont eu un impact positif. Les extraits choisis tenteront donc, dans les paragraphes ci-dessous, de présenter comment les personnes ont posé des actions significatives qui ont eu des impacts dans le parcours de rétablissement des personnes victimes de crimes violents rencontrées.

Pour la majorité des répondantes, les amis (*n*=3) et la famille (*n*=3) ont été les membres les plus positifs, soit la mère (*n*=3), la sœur (*n*=1) et la fille (*n*=2). Pour Sofia, Florence et Béatrice leurs amis ont apporté une source de soutien qui leur a été très aidant, et

ce, du fait d'avoir le sentiment de pouvoir compter sur quelqu'un. Durant l'entretien, Florence a décrit comment à la suite de l'épisode de violence conjugale vécue, elle a pu compter sur une amie pour l'accompagner à recevoir des services de santé :

> […] bien on s'est donné beaucoup d'support mutuel […] ça reste quelqu'un que je sais sur qui j'peux, que j'peux compter sur elle pis elle le sait aussi qu'à peut compter sur moi, mais elle a plus de misère à demander de l'aide.

À la suite du crime vécu par Béatrice, cette dernière a également tenu à partager avoir vécu une rupture des liens avec un de ces groupes d'amis. Ce groupe a malgré tout été identifié par la répondante comme regroupant des personnes significatives dans son réseau social. Voici comment dans l'entretien Béatrice l'a exprimé :

> Puis c'est vraiment la deuxième, tentative de sortir du milieu grâce aux personnes qui m'hébergent actuellement qui a été fructueuse donc […] À l'heure actuelle j'considère avoir des personnes significatives dans ma vie que ça eu un aspect essentiel dans mon rétablissement, mais que justement mon rétablissement a été entaché, voire compromis, par la perte des personnes significatives que j'ai eu en janvier 2017. Bien en fait c'est un cercle d'amis qui se sont en fait un peu, comme des histoires d'horreur de trucs déformés de bouche à oreille, des choses vraiment une succession d'événements qui dépassait même les intervenants là et moi-même évidemment là.

Béatrice a trouvé important d'expliquer que la rupture du lien d'amitié avec ce groupe a nui à son rétablissement. Par contre, au moment de l'entretien, elle a aussi partagé vivre une expérience positive d'amitié qui aidait à son rétablissement, c'est-à-dire, l'hébergement offert par deux de ses amis. Ce geste d'aide a donc eu un impact significatif dans le parcours de rétablissement de Béatrice.

De plus, mise à part les membres de l'entourage familial et amical, d'autres membres ont aussi eu un impact significatif dans le parcours de rétablissement de ces dernières. Il s'agit d'intervenants, notamment les psychologues (n=2), d'ex-conjoints (n=2) et d'un

animal domestique, le chat (*n*=2). Bien que ces trois catégories aient été identifiées par un nombre légèrement inférieur de répondantes, il n'en demeure pas moins que les extraits d'entretien révèlent l'importance d'aborder la contribution de ces membres dans le processus de rétablissement. Le Tableau 3 situe des extraits significatifs pour chacune des trois catégories de membres évoqués ci-haut. Le choix de ces extraits sont des exemples qui témoignent de l'impact de ces personnes significatives dans le processus de rétablissement de ces répondantes.

Tableau 3 : Sources positives de soutien

Personne/animal le plus significatif	Extraits
Psychologue	J'pense ma psychologue, oui… Elle fait mon suivi depuis 2014, ça me donne beaucoup de soutien, beaucoup de compréhension mais aussi beaucoup d'écoute eh, je peux l'appeler à n'importe quel moment eh, pour eh la parler, elle me donne beaucoup de soutien, oui. (Claude)
Colocataire (ex-conjoint)	Mais la personne extérieure la plus significative en c'moment c'est Simon, c'est mon, mon ex, parce que on a partagé vraiment beaucoup de choses, difficilement, pis j'pense c'est la personne qui comprend probablement le mieux par ou j'ai passé. (Xavier)
Animal de compagnie (chat)	Pis euh mes chats aussi (rire). Euh autres y font vraiment une job incroyable (rire). Y sont toujours de bonne humeur, y m'aiment tellement pis j'aime tellement, fait que ça fait. (Sofia) Fait que t'sais comme beaucoup d'autres personnes dans ma situation, mon animal de compagnie c'tait mon bébé, c'était un élément essentiel de ma vie pis faudrait pas que les gens banalisent trop le fait de mettre de côté un animal pour sortir d'une situation d'violence, en ce sens de ne pas juger les femmes ou mêmes les hommes, ça arrive des hommes aussi qui vivent des situations de violence conjugale, de ne pas faire de reproches directes ou indirectes à la personne à l'effet que c'est juste un animal là. De considérer qu'y'a une dynamique aussi qui s'installe avec l'animal qui est un facteur protecteur pis aussi un élément qui nous a sans doute maintenu dans un état de résilience pendant toute la période où on a vécu dans ce genre de situation-là. (Béatrice)

Ces différents extraits situent les personnes significatives dans le réseau social des personnes victimes de crimes violents ayant participé à cette étude. De plus, l'analyse de ces extraits a également permis d'examiner et d'identifier sommairement certains comportements ou attitudes de soutien qui ont été posés par l'entourage des répondantes. Or, le soutien offert par les membres de l'entourage a-t-il su répondre aux besoins des participantes de l'étude ? La prochaine section tentera de décrire plus spécifiquement quelles ont été les formes de soutien social ayant contribué positivement ou négativement au rétablissement des participantes.

5.3.2. L'appréciation subjective des formes de soutien reçu par les répondantes

Dans le contexte théorique du chapitre précédent, le soutien social renvoie pour Caron et Guay (2005) : « […] à la dispensation ou à l'échange de ressources émotionnelles, instrumentales ou d'informations par des non-professionnels, dans le contexte d'une réponse à la perception que les autres en ont besoin. » (p.16-17). Durant les entretiens, plusieurs comportements provenant de l'entourage social des participantes de l'étude ont été rapportés par celles-ci. L'analyse des résultats a permis de d'organiser les comportements décrits en fonction de quatre formes de soutien, soit : a) affectif; b) matériel; c) thérapeutique; et d) judiciaire.

5.3.3. Soutien affectif

Les résultats collectés lors des entretiens semi-dirigés ont permis d'identifier que la forme de soutien la plus nommée par les répondantes a été celle du soutien affectif (*n*=8). L'analyse des résultats a permis d'identifier quels ont été les membres de l'entourage ayant offert un soutien affectif et de quelles manières ils ont été soutenants pour les répondantes.

Le soutien affectif offert par les intervenants des services sociaux et de la santé (p.ex. : du CAVAC, Centre de réadaptation, services en santé mentale) a été celui le plus significatif pour les participantes de l'étude, soit pour six des répondantes.

Les propos de Florence témoignent du bienfait de cette forme de soutien :

> Bien j'pense que, c'qui fait que maintenant j'vais mieux pis que ça aurait pu vraiment être différent là, j'pense j'les ai déjà nommé là, la jeune fille que j'voyais au CAVAC, le centre Lucie Bruneau, les p'tites paroles bien niaiseuses des fois mais qui amènent des grandes réflexions, les gens qui ont été là pour moi, toutes les gens qui m'ont appuyé pis qui m'ont pas laissé tomber même si, j'ai eu un moment où la commotion cérébrale ça comme conséquence chez certaines personnes de les rendre très agressives, pis la frustration qu'on vit pis tout ça en plus, ça m'est arrivé d'avoir des réactions pas l'fun avec certaines personnes où j'me suis excusée par la suite. La patience que les gens ont eue dans certaines occasions pour moi (Florence).

Or, pour Béatrice le fait que ce soutien ait été dispensé par une personne appartenant au réseau professionnel le rend différent, bien que reconnu comme tel, de celui offert par les amis. Lors de l'entrevue, voici comment elle a cherché à nuancer le soutien affectif offert par les intervenants au regard de celui offert par les amis :

> Moi si j'avais eu juste les intervenants puis pas d'vie sociale j'm'en serais jamais sortie. Si j'peux résumer comme ça là […] moi j'dis qu'un des facteurs protecteurs c'est l'environnement social-affectif, au-delà des intervenants, mais ces gens-là, socialement, affectivement, ne devraient pas être impliqué dans l'écoute et dans l'aide (Béatrice).

Les résultats de l'étude ont mis en perspective que les amis ont été reconnus par quatre des participantes comme étant des membres de l'entourage offrant du soutien affectif notable. Voici comment Florence et Béatrice en ont parlé durant leur entretien respectif :

> J'ai certaines amitiés qui ont vraiment été importantes dans ma récupération, autant au niveau moral, psychologique tout ça autant, j'veux dire soutien là, j'peux pas m'plaindre, j'pense que j'ai quand même été bien entourée, comme j'pourrais dire, j'aurais peut-être eu besoin d'plus, mais je n'aurais pas pu

> d'mander mieux, j'sais pas comment l'dire. J'veux dire parce que c'est des gens qui ont leur vie, y'ont des affaires à faire, j'veux dire, j'aurais peut-être eu besoin de quelqu'un de, d'un p'tit peu plus disponible, mais en même temps tu ne peux pas demander à quelqu'un d'être plus disponible que c'qui l'ont été pour moi là. (Florence)

> L'une des variables que j'estime qui est importante c'était vraiment l'entourage immédiat, le fait d'sentir qu'on a un réseau d'amis, des gens qui nous estiment, qui nous respectent. Ça ne veut pas dire qu'on veut qu'y, qu'y soient nos béquilles c'pas ça là. Le simple fait d'se sentir aimé, respecté, c'est toute la différence. (Béatrice)

La satisfaction des répondantes quant au soutien affectif provenant des membres de la famille (p. ex., les parents et la fratrie) a été moins significative, car seulement deux participantes, Xavier et Béatrice, l'ont clairement identifié comme tel. Pour Xavier ce soutien a été offert par son père et son frère, tandis que pour Charlie, il a été offert par sa sœur. Voici comment Xavier et Béatrice l'ont respectivement raconté : « mais en même temps j'ai le soutien de ma famille un peu plus ces temps-ci pour eh, r'monter la pente, que j'ai vraiment déboulé à partir de 2014. »; « En fait mon frère a été beaucoup plus aidant que mes parents.».

Enfin, Xavier a également reconnu que le soutien offert par son ex-conjoint, devenu son colocataire, a été pour lui satisfaisant. Les comportements de soutien offert par son ex-conjoint ont pour Xavier répondu à certains de ses besoins sur le plan affectif. Durant l'entretien, il l'a exprimé ainsi :

> Disons qu'il ne juge pas t'sais y'est pas critique pis y'est pas chialeux, irritable ou quoi qu'ce soit. C'est vraiment une personne, quand même un bon caractère, qui a d'l'écoute pis t'sais qui est d'soutien t'sais, qui t'lâche pas, qui était assez fidèle aussi, j'pense. Fidèle au-delà du sexe pis de whatever, vraiment quelqu'un qui est … J'ai l'impression pendant un bon bout ça été mon chien d'garde là, d'une certaine façon fait que, il est assez protecteur mettons ou, pas contrôlant, mais t'sais j'me suis dit « you care » t'sais y'avais vraiment une préoccupation que j'aille mieux t'sais, pis y m'montrait que y fallait qu'j'focus là-dessus pis qu'j'essaye de faire c'qui fallait pis que j'aille chercher du soutien.

5.3.4. Soutien matériel

À la suite des crimes violents, un peu plus de la moitié des répondantes (*n*=5) ont précisé avoir reçu du soutien financier de leur famille, notamment celui provenant du père (*n*=2) pour Sofia et pour Xavier : « C'est sûr qu'actuellement mon père est une personne sans doute qui m'aide le plus, du moins matériellement, à réaliser le rêve que j'avais depuis 15 ans de partir en Gaspésie, mais que là, tout semblait indiquer que, fallait que ça se passe là (rire). »; « Non, mon père m'aide pis y s'rait pas supposé eh, selon les règles eh, de l'aide sociale, mais comment tu veux survivre avec 650$ par mois. ».

Aussi, une autre répondante, Laura, a indiqué avoir reçu le soutien financier de la part d'un parent, soit celui provenant de la mère. Elle en parle dans ces mots :

> Ben elle m'a soutenu beaucoup, elle m'a aidé beaucoup financièrement, mais le fait qu'elle m'a beaucoup aidé financièrement, ça a fait que je ne me suis jamais retrouvé dans la rue non plus, que j'ai pu quand même garder la tête hors de l'eau. […] Ce n'est pas que financier, ça l'a eu des répercussions. T'sais maintenant encore à m'aide, mais ça m'permet d'vivre tout seul, pas obligé d'avoir un chum que j'veux pas endurer (Laura).

Pour les deux autres répondantes, il s'agit d'une autre forme de soutien matériel que celui financier. Pour Charlie ce soutien a pris la forme de l'hébergement temporairement offert par sa sœur, qu'elle décrit ainsi : Mais, j'me dis, puisque j'suis bien accueillis là-bas pis j't'après m'faire des forces, j't'après me reconstruire chez ma sœur, j'me dis une fois les bases reconstruites puis solides pour m'en r'venir vivre seule, ben j'va m'réimplanter dans mon quartier. ».

Pour Béatrice, l'offre de soutien a été faite par ses parents, cependant, elle a préféré la refuser. Lors de l'entretien, celle-ci a tenu à préciser qu'il s'agissait pour elle d'un soutien plutôt fonctionnel que financier. Elle a décrit la situation de soutien ainsi :

> Leur aide a surtout été au moment du déménagement, y m'ont offert de l'aide pour déménager, mais j'les ai pas impliqué dans d'autres processus en lien avec ça. […] Mais t'sais, à la base, j'leur demande pas de l'aide matérielle, même j'en refuse, souvent y m'en offre pis je refuse systématiquement. […] J'en suis reconnaissante, j'leur exprime ma reconnaissance, tout ça, mais pour différentes raisons j'essaie d'éviter d'les impliquer affectivement (Béatrice).

Enfin, les résultats collectés auprès des participantes de l'étude, ont indiqué que la majorité (*n*=6) ont eu recours à l'indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC) dans leur parcours de rétablissement. Le principal bénéfice de cette indemnisation fut financier.

5.3.5. Soutien thérapeutique

Durant les entretiens, plus de la majorité des répondantes (*n*=6) ont identifié les intervenants psychosociaux (p. ex., psychologue, intervenants du CAVAC et d'organismes communautaires ou d'hébergement comme étant des personnes de l'entourage leur ayant offert du soutien thérapeutique. Elles en ont parlé du soutien offert dans ces mots :

> Mais, rien qui a aggravé, là mon intervenante du CAVAC, actuellement que j'ai vu 2-3 fois à m'a vraiment aidé à être un peu plus objectif par rapport à mon enfance, p'tite enfance. C'est là qu'j'ai vraiment vu la nature un peu plus traumatique t'sais, des actions et pas juste d'la mort de t'sais. Ce n'est pas juste un deuil pas fait, c'est une relation qui pouvait avoir, qui était malsaine. (Xavier)

> J'pense juste le fait d'avoir un psychologue, oui c'est très très bien, ça m'aide beaucoup et ça montre aussi beaucoup de choses à l'intérieur de moi, malgré que c'est un p'tit peu difficile que je n'en parle de tout avec ma psychologue. J'pense c'est indispensable (Claude)

> Ben les deux principaux c'est, ben la CAVAC qui m'a amené un support psychologique, c'tais là où j'évacuais eh, beaucoup eh, comme plus le côté

> relationnel […] ça vient de se terminer, mais eh, j'en ai un autre programme qui prend le relais si on veut avec la Maison Grise qui va être un support psychologique encore là mais ça va être un peu moins axé sur c'que j'ai vécu, plus axé sur ok maintenant qu'on va un peu mieux, comment on se reconstruit maintenant. Donc c'est un peu plus dans le, la proactivité, c'est plus axé sur ok mais là on ne veut pas rester dans le, t'sais dans l'bas d'la vague, on veut remonter disons. (Florence)

Enfin, pour quelques répondantes de l'étude (*n*=3), les services offerts par les organismes communautaires ont été reconnus comme une forme de soutien notable. Pour Claude, les ressources de l'hébergement lui ont été très aidantes à la suite du divorce d'avec son conjoint. Elle l'a expliqué dans ces mots : « Eh, j'ai toujours confiance avec les travailleurs sociaux de ma maison d'hébergement, ça aide beaucoup. ».

5.3.6. Soutien judiciaire

Lors des entretiens, la moitié des répondantes (*n*=4) ont mentionné qu'à la suite du crime violent vécu, le soutien offert par les personnes qui interviennent dans le processus judiciaire ont grandement contribué à leur mieux-être. Voici quels ont été les intervenants qui ont été nommés par les répondantes : a) les agents de la police; b) les intervenants du CAVAC; et c) la Procureure générale du Québec. Voici, des extraits d'entretiens qui témoignent de l'appréciation subjective du soutien judiciaire apporté à quatre des victimes de crimes violents de l'étude. Les comportements des intervenants qui ont été identifiés par les répondantes dans ces extraits ont favorisé la réponse à leurs besoins de soutien. La reconnaissance de la situation de violence vécue, l'écoute, la délicatesse et l'attention et la bienveillance de ces intervenants ont des facteurs contribuant à leur rétablissement.

Tableau 4 : Soutien judiciaire offert aux participantes

Type de soutien	Extraits
Agents des services de la police	Quand j'suis revenu sur le shift d'après-midi ben là y'avait trouvé non seulement un gars muni d'un cerveau, policier, pis beau comme un cœur, souriant, plein d'humanité qui m'a écouté, qui non seulement m'a écouté, mais qui a compris des choses t'sais. […] fait que t'sais moi j'ai senti un véritable soutien. (Sofia) Cette ressource-là m'a été aidante. Les policiers, les policières ont vraiment agi de manière correcte avec moi, ça été mon principal facteur qui m'a permis de sortir de d'là, y m'ont encouragé à, y'ont dit hey c'est ce soir que ça s'termine, es-tu d'accord ? Tout ça, pis y m'ont accompagné du début à la fin pis y'ont fait en sorte justement que l'processus soit pas interrompu de telle sorte à c'que j'change d'idée. (Béatrice) J'ai apprécié beaucoup, la délicatesse de l'enquêteur de la police t'sais qui m'a introduit à la justice graduellement pis ma procureure était vraiment très bien aussi pis le CAVAC là-dedans m'a resoutenu eh, parce que les témoins pis eh. J'ai vraiment senti qu' « overall » tout l'monde avait bien fait son travail pis faut juste aller chercher les maudites ressources. (Xavier)
Intervenants sociaux	J'comprenais pas trop qu'est-ce qui se passe eh, même avec les enquêteurs c'était difficile que j'aille confiance, que j'parle. Mais pendant mon retour, pendant que j'suis sortie pendant la dernière agression, j'ai vu une différence même avec les enquêteurs qui prenaient mon dossier, à la cours criminelle, y'avait deux travailleurs social là-bas aussi, [le] CAVAC m'ont aidé beaucoup à, [ils] m'ont donné beaucoup de références et dès que j'appelle, je reçois vite le retour d'appel de chez eux, je sens qu'il y a, oui malgré que c'était difficile. (Claude)
Procureure générale du Québec	Le fait aussi que la procureure ne se soit pas contentée de m'annoncer au téléphone que ce ne serait pas accepté comme dossier pour poursuivre au criminel […] elle m'ait fait venir à son bureau pour me le dire en personne eh, ça aussi ça m'a réconcilié un peu avec tout ça. (Sofia)

5.4 D'autres facteurs individuels et environnementaux ayant influencé le rétablissement des répondantes

Dans les deux sections précédentes, plusieurs facteurs individuels et environnementaux ont aidé ou nui au rétablissement des personnes victimes de crimes violents de l'étude. Les prochains paragraphes visent à parfaire ce portrait de facteurs en cherchant à compléter ce qui a été abordé précédemment. Ces facteurs ont été classés en fonction des deux dimensions suivantes du concept de rétablissement, soit : a) la redéfinition de soi et b) la reprise de pouvoir d'agir.

5.4.1 La redéfinition de soi

Pour Davidson (2003) la redéfinition du soi se rapporte à la personne atteinte d'un trouble mental, à sa capacité introspective et à ses nouveaux schèmes de pensées et de comportements. Les actions impliquées dans la redéfinition de soi sont donc considérées comme des facteurs qui favoriseront le rétablissement. Dans la présente étude, toutes les répondantes (n=8) ont abordé la question du développement personnel durant les entretiens. Voici un extrait de l'entretien avec Florence qui reflète quelle forme a pris la redéfinition de soi pour elle :

> J'te dirais que la Florence d'avant à serait vraiment, elle péterait une coche là, elle ne s'sentirait pas en contrôle pantoute pis toute là, mais eh j'ai beaucoup appris le lâcher prise, donc là j'surf un peu plus sur les vagues, j'suis un peu plus comme … C't'un gros deuil aussi là parce que c'est, mon moi d'avant, mais en même temps j'pense qu'y'a d'autres qualités qui se sont développées, peut-être une plus grande sensibilité, quelque chose de, peut-être un peu plus humain qui a été développé en contrepartie qui fait que, ben j'étais déjà quelqu'un de très, comment j'pourrais dire, empathique, mais j'pense que j'ai quand même développé ça [...] Fait que j'pense ça m'a rendu plus sensible au faite que, c'est peut-être moins tout blanc tout noir, y'a plus de zones grises.

Le facteur lié à « l'éveil à la vie spirituel » serait aussi un moyen aidant à l'actualisation de la quête identitaire (Lachance, 2012). À cet effet, il a été remarqué qu'un peu plus de la moitié des participantes (*n*=6) ont abordé la dimension des croyances spirituelles (*n*=6). De plus, d'autres types de croyances ont également été expliqués par la majorité des répondantes (*n*=6), plus spécifiquement celles qui sont survenues à la suite des crimes violent vécus.

Aussi, la contribution personnelle a été identifié dans le discours de deux participantes de l'étude. C'est durant leur entretien respectif que ces répondantes ont explicitement reconnu l'importance de leur propre contribution dans leur processus de rétablissement. Bien que cet élément ait été plus marginalement nommé par les participantes (*n*=2), il n'en demeure pas moins une contribution personnelle qui a été identifiée dans le cadre de cette étude. Voici comment elle a été décrite par Sofia : « Ma petite construction personnelle sur laquelle j'ai travaillé pendant les 35 dernières années. Mes apprentissages théoriques et pis (rire) mon propre soutien. »

> Ben, j'aurais tendance à dire que c'est moi là. Sans moi, c'que j'me suis rendu compte c'est que, j'pouvais être d'aucune aide et intérêt pour quiconque d'autre là, faut j'me mette en premier. Pis ça été dur parce que je n'avais pas nécessairement envie de me mettre en premier eh, pas le réflexe nécessairement, même que ça pouvait être frustrant pis anti, non intuitif là mettons, mais là maintenant j'y prend plaisir. » (Xavier)

5.4.2. La dimension spirituelle

Durant les entretiens, la dimension spirituelle a été abordée par Béatrice, Florence et Laura. Béatrice a abordé la dimension spirituelle en ces mots :

> Si on peut appeler ça une forme de spiritualité là, ça c't'un p'tit peu ça, la loi du juste retour, sur un plan pratique pas nécessairement ésotérique là, mais sur

> un plan pratique moi ça m'aide à gérer certaines émotions de colère. […] Ça m'aide beaucoup. Parce que eh, quand on est victime d'actes criminels violents ou quand on est mis d'côté par des gens d'une manière qu'on trouve injuste ou des comportements qu'on juge inacceptable ou qu'une grande partie d'la population pourrait juger inacceptable, attendre après les excuses de quelqu'un, c'est souvent un rêve qu'on a, mais on n'a pas l'contrôle là-dessus. Alors le fait de, d'entretenir ce genre de pensées-là ça m'aide beaucoup parce que ça m'aide à faire la paix avec le fait que je n'aurais peut-être pas d'excuse de ces personnes-là. Peut-être ces personnes-là n'auront même pas conscience de qu'y'on fait. On m'a souvent dit les gens qui font l'plus de mal sont ceux qui s'en rendent compte le moins. Ça m'aide un peu. (Béatrice)

Xavier et Charlie ont quant à eux partagé les bienfaits de leurs expériences religieuses dans leurs processus de rétablissement :

> Quand j'ai grandi moi la foi ça m'rendait comme angoissé pis Dieu, la mort, l'enfer, j'faisais des cauchemars par rapport à tout ça. Ce n'est pas des histoires pour les enfants là. C'était comme une réconciliation avec c'qui avait d'mieux là-dedans j'pense. Ça faisait du bien d'aller prier, un peu comme la méditation ça fait du bien pis. J'trouve ça m'reconnectais à moi dans l'moment maintenant pis à sentir qu'inconditionnellement y'avait quelque chose qui était vivant en moi là t'sais comme une fleur qui était là pis qui pouvait grossir. (Xavier)

> Toutes les personnes qui m'ont agressée dans ma vie jusqu'à aujourd'hui, j'ai vu le malin dans leurs yeux. Pis moi j'crois que toute ma vie le malin était là dans, parce que y'est dans ma famille aussi, ma sœur que j'vis présentement, est très orgueilleuse fait que, pis a m'a agressée quand j'étais jeune avec eh, un couteau. […] Y'a deux volets, volets Dieu-Amour, volet Satan-Haine, Rage-Colère, j'pense que j'ai réussi à, toute la colère, toute le dégoût, toute la haine que j'ai pu avoir ressentie dernièrement, tout c'que j'ressentais, j'ressentais pu rien d'autre, même encore c'était, c'était comme dans l'néant, c'était vide à l'intérieur de moi, j'étais comme trouée de partout, mais j'ai réussi à transformer ça en peine fait que j'pleure, j'pleure, j'pleure, j'n'arrête pu de pleurer, je suis un saule inconsolable. » (Charlie)

De plus, à la suite de la violence vécue, la majorité des répondantes (*n*=6) ont rapporté durant les entretiens des expériences qui ont touché leurs croyances et leurs valeurs. Parmi ces répondantes, quatre d'entre-elles ont expliqué en quelques phrases un sentiment qui s'apparente à celui de la méfiance ou à la confiance par rapport à autrui. Durant l'entretien, Sofia a exprimé que son expérience comme victime au sein du système de justice a

transformé sa perception de celui-ci. Elle en parle ainsi : « Ce qui a changé c'est [que] je peux pu y croire. J'ai eu les preuves que le système de justice était pourri, que les policiers étaient pourris, que les juristes étaient pourris, que les employeurs sont pourris (rire). ». Laura a quant à elle cherché a expliqué que les autres sont fondamentalement bon. Voici comment dans l'entretien celle-ci l'a expliqué :

> Moi j'crois à la gentillesse des gens […] C'est la capacité d'être bon, d'être, pour moi c'est plus que d'être, c'est plus que ça. La bonté, la façon d'être gentil, d'être accueillant […] ça toujours été ça mais c'est sûr que quand j'étais dans cette période-là, j'voyais pu grand-chose là, j'avais, j'étais tellement, on est tellement, j'repense à ça, des nuits tout croches, des nuits à avoir peur aussi là t'sais, fait que t'es tellement là-dedans que tu vois pu rien. J'passais des nuits d'temps dans ma chambre là, j'étais même à jeun, mais t'sais d'la violence là, pas d'téléphone, pas d'rien, pas capable d'sortir de d'là, c't'épouvantable… Oui ça toujours fait partie d'moi, d'aimer la nature, j'espère que c'est toujours partie d'moi, sauf pendant cette période-là, tu vois pu rien, t'es plus là, ça ne va pas bien. (Laura)

Par contre, les propos de Laura permettent d'identifier que l'épisode de violence a tout de même affecté son sentiment de sécurité. Dans le cas de Xavier, ce qui semble avoir changé semble plutôt avoir été affecté la manière d'être en relation avec autrui :

> J'pense que c'est vraiment important l'affirmation d'soi à priori, dans tout là, surtout dans les premiers contacts pour faire quoi qu'ce soit avec quelqu'un, pour pas entrer dans une relation déséquilibrée t'sais. J'pense que c'est vraiment d'affirmer qui j'suis pis surtout de savoir c'qui est non négociable, c'qui est négociable, les termes de relation t'sais mettons, que ce soit professionnel ou juste ami pis de vraiment clairement placer mes limites quand ça l'arrive t'sais, que non ça c'est inacceptable ou ça ça me dérange t'sais, pis voir si y'a une ouverture ou pas t'sais. Puis de tester les relations assez vite pour voir si ça vaut la peine ou si ça risque de trop m'challenger pis m'amener dans un mauvais pattern là. T'sais d'détecter le monde qui ne vont pas eux-autres non plus pis que je n'ai pas l'goût d'retourner là. Parce que j'sens qu'suis ailleurs. (Xavier)

Dans cet extrait, Xavier a mentionné davantage son rapport à ses expériences relationnelles ainsi qu'à ses propres habiletés interpersonnelles. Pour ce répondant, c'est donc la relation à autrui qui semble avoir été transformée.

Enfin, l'expérience de la violence d'autrui a également atteint les valeurs des participantes. Pendant les entretiens, deux répondantes ont identifié que cette violence vécue a modifié le rapport au respect de soi, mais aussi à celui mutuel : « J'pense juste de respecter soi, respecter les autres, c'est ça. Avant c'était plus pour les autres : pour la famille, pour les autres, pour le mari. » (Claude) La violence a aussi modifié l'importance de la confidentialité dans les relations interpersonnelles de Béatrice :

> Mes valeurs sont profondément ancrées dans le respect, le partage, l'aide aux gens en situation de difficulté, le respect, la confidentialité, pour moi c'est un aspect indispensable, c'est un des aspects dans l'fond qui m'a, qui m'a pratiquement détruit dans, dans c'que j'avais raconté, l'épisode de janvier 2017, ce que les gens en qui j'avais confiance que j'me suis confiée non seulement ont répété l'information, mais l'ont déformée pour s'avantager eux-mêmes et ça l'a amplifié des valeurs que j'avais déjà, le respect, la discrétion, la confidentialité […] j'estime qui faut être très très délicat pour des gens qui vivent des situations comme la mienne, en ce sens que eh, le bris, le bris de confiance est facile. (Béatrice)

Par ailleurs, durant les entretiens, toutes les répondantes (*n*=8) ont abordé la question du développement personnel dans leur parcours de rétablissement. Les différents extraits rapportent des activités, des loisirs et des projets du quotidien qui témoignent de forme d'actions qui ont favorisé le bien-être des participantes. En voici quelques exemples :

> Eh oui, j'aime sortir, marcher pendant la nature. J'aime apprendre beaucoup de choses eh, mes études aussi ça m'anime maintenant. Ça change beaucoup les idées et je me concentre à autre chose. Eh parfois c'est difficile, mais ça m'aide à me sentir complète après ce qui s'est passé, à ce que je dois être eh, ça m'donne comme un p'tit peu d'espoir en avant, y'a quelque chose qui va changer. (Claude)

> Quand j'ai repris l'dessus, j'ai commencé à mieux m'alimenter et j'ai pris des cours d'arts martiaux deux jours semaine. J'suis quelqu'un qui est très artiste dans l'âme, j'pense que c'est un des aspects qui m'a beaucoup raccroché, non seulement pendant les années où j'ai vécu, cette situation-là avec mon ex conjoint, mais aussi plus globalement dans ma vie, l'art a toujours été un point d'ancrage pour moi […]. J'ai aussi toute la passion d'activités artistiques, travail du bois, peinture, sculpture qui m'animent beaucoup pis quand j'me lève le matin souvent j'pense à ça, à c'est projets-là pis c'est, ça m'aide beaucoup. C'est très aidant. (Béatrice)

Dans l'extrait de Béatrice, cette dernière souligne avoir repris du pouvoir en posant des actions quotidiennes favorisant son mieux-être, notamment eu égard à favoriser son sentiment de sécurité en s'inscrivant à des cours d'arts martiaux.

5.4.3 La reprise de pouvoir d'agir.

La reprise de pouvoir d'agir est un processus d'affranchissement de l'impuissance sur lequel s'appuie l'autodétermination aidant ainsi la personne à réaffirmer ses capacités d'auto-détermination (Koening, 2017; McCubbin et al., 2003). Pour ce faire, cette dernière doit toutefois s'approprier son pouvoir d'agir afin de poser des actions qui la guidera vers un gain d'autonomie et vers une quête de mieux-être. Au moment des entretiens, un peu plus de la moitié des répondantes (*n*=5) ont partagé où elles en étaient par rapport au sentiment de maîtriser leur vie. En voici quelques extraits :

> Ouais, c'est en cours là t'sais, j'dirais que, que c'est vraiment une prise en charge de tous les aspects, mais en même temps j'ai le soutien de ma famille un peu plus ces temps-ci pour remonter la pente que j'ai vraiment déboulé à partir de 2014, qui était la fin du projet de longue haleine, avec mon amie avec qui c'était conflictuel. Depuis j'ai voyagé, pis j'étais un peu perdu professionnellement pis dans ma relation qui m'a juste montré à quel point eh, qui fallait que, tout prenne une autre direction là. C't'un effort vraiment complet pis à partir de là ben ok, j'm'reconstruit juste avec c'qui est l'fun pis agréable pis qui fait du bien là. J'ai l'impression d'être mort là vraiment là. (Xavier)

> Dans mon cas c'est, pas des efforts, mais faut toujours que j'fasse attention pour être en maîtrise de ma vie. Comme j'ai eu des problèmes de toxicomanie, c'est toujours loin et proche de toi pis ça t'amène à pleins d'affaires, pleins d'affaires pas l'fun là. J'le suis, mais faut que j'sois alerte. Faut que j'sois attentive à pas dépasser mes limites. Des limites au niveau, pleins d'affaires, d'en faire trop, d'en vouloir trop, de pas faire attention, de pas prendre le temps d'faire attention, c'est difficile à expliquer, d'en faire trop, dépasser ses limites, d'endurance, pas d'endurance physique, mais d'endurance par rapport aux gens, de pas mettre assez de protection envers soi. (Laura)

Ces extraits aident à observer la dynamique microsystémique entre les participantes et leur entourage. La prise de conscience de leur pouvoir d'agir semble avoir consolidé leur reconnaissance de soi, et ce, malgré les difficultés rencontrées sur les plans de leur rapport à soi, leurs relations sociales et également de leur santé mentale. Certaines difficultés ont en effet pu être vécues par les participantes dans leur parcours de rétablissement. L'une des femmes rencontrées a effectivement partagé que le regard posé par la collectivité sur les personnes victimes de violence a eu un impact significatif sur son rétablissement. Elle l'explique ainsi :

> Je ne sais pas pour les autres, pour d'autres femmes comment ça peut être, mais moi j'trouve que souvent les femmes qui sont dans un milieu violent, qui sont victime de violence, y'a beaucoup d'jugement par rapport à elles aussi, on dirait qu'on est aussi coupable, on dirait qu'on n'a pas l'aide, les gens n'ont pas le, ben voyons ça pas d'allure, j'va t'aider là t'sais. C'est la victime, mais c'est ça, préjugé, jugement un peu. Ça dépend peut-être des milieux familiaux aussi là, moi ça été comme ça, je sais qu'y'a d'autres femmes qui ont beaucoup d'aide de leur milieu, mais j'pense que les femmes qui souffrent de violence sont souvent très isolées. » (Laura)

Par ailleurs, concernant les diverses expériences de violence vécue par les participantes près de la moitié (*n*=6) ont explicité être en période de réappropriation et d'acceptation de leur existence. Voici quelques extraits qui présentent ce processus :

> Je pense que c'est difficile de changer, je veux juste m'adapter. Je pense que jamais je vais être comme j'étais en avant, avant le crime que j'ai, que j'ai subi, mais j'aimerais juste trouver un pont où je suis capable de m'adapter,

> oui j'ai peur mais je peux continuer quand même, parce que je pense que jamais on ne peut retourner en arrière. (Claude)

> Je pense que l'état dans lequel j'suis, pis l'environnement dans lequel j'suis en ce moment, j'y suis parce que j'en ai besoin. Eh, si j'étais vraiment capable de travailler full pine, j'me serais trouvé un nouvel emploi très très rapidement, pis je me serais embarqué là-dedans. Actuellement, il faut que j'respecte mon rythme, que j'y aille plus doucement et graduellement. Par exemple, je suis en train de me chercher un nouvel appartement, mais les gens qui m'hébergent comprennent très bien également que si j'me garoche trop à trouver un nouvel appartement ben j'risque de trouver quelque chose qui m'convient pas nécessairement dans une situation actuelle où j'suis pas nécessairement capable d'assumer pleinement un loyer en entier, pis aussi avec une situation peut-être sur le plan psychologique où je serais encore fragilisée sur certains aspects et où je pourrais rapidement retomber dans certains patterns. Donc, je ne changerais rien, je sais que tout va arriver au moment où ça doit arriver et non pas parce que je sens que le hasard va jouer sur moi, mais plutôt parce qu'il y a des processus à franchir et que je ne peux pas brûler d'étapes. (Béatrice)

5.4.4 L'inclusion sociale

Durant les entretiens, toutes les répondantes (*n*=8) ont mentionné participer à des activités ou à des occupations personnelles ou professionnelles dans la communauté. Quatre activités d'intégration quotidiennes ont été nommées par les participantes rencontrées, plus spécifiquement : a) le bénévolat (*n*=2); b) le travail (*n*=3); c) les études (*n*=1) et d) les loisirs (*n*=4). Il est intéressant de constater que la dernière catégorie a été mentionné par la moitié des participantes rencontrées. Voici quelques extraits provenant du discours des répondantes qui rapportent la participation aux diverses activités quotidiennes qui aident à leur quête du mieux-être.

5.4.4.1 Le bénévolat. Pour Florence et Sara, le bénévolat a été une manière valorisante de se sentir utiles et de chercher à s'impliquer socialement dans leur communauté en y contribuant activement chacune à leur manière :

> J'ai fait beaucoup de bénévolat, j'ai d'ailleurs trouvé, je pense, un nouveau choix d'carrière, j'vais aller confirmer des choses, j'vais participer à un groupe d'orientation au Centre des Femmes de Montréal juste ici, j'vais participer avec eux mais, j'ai, parmi mes activités de bénévolat j'ai donné des cours de français à des nouveaux arrivants, pis le premier cours là où on sait rien du tout, parce que moi la grammaire tout ça bah, mais le côté sensible pis de dédramatiser toute le côté d'apprendre une nouvelle langue, autant les gens avec qui j'ai donné des cours, tant les responsables du programme où est-ce que j'ai donné les cours, autant mes étudiants, tout l'monde ont faite comme wow, t'as vraiment un talent tu devrais vraiment penser à peut-être aller là-dedans, pis j'ai aimé ça, vraiment. (Florence)

> Nous justement, comme moi j't'arrivée là, j'sais pas où appeler là, si j'appelle le groupe Citoyen ben le groupe pourra dire regarde, tu peux aller, là c'est mieux que là, là c'est mieux que l'autre. T'sais nous diriger un peu pis, j'le savais pas, mais les ressources d'aide en santé mentale dans l'ouest de l'île, la main gauche ne sait pas c'que la main droite fait. […] Le groupe Citoyen va servir à améliorer ça, entre autres, ben c'est surtout de servir les intérêts des gens atteints de santé mentale, pas de, comment j'te dirais ça, t'sais on va dire ben toi va t'en là, mais non mais c'qui serait mieux pour elle ça serait ça là. Servir son intérêt, pas on va l'envoyer là parce qu'ici y'a pu de place, on va l'envoyer là. (Sara)

5.4.4.2 Le travail et les études. Cette activité a été mentionné par Sofia, Xavier et Béatrice. Elles ont parlé de leur travail de manière significative durant les entretiens. Leur vie professionnelle a donc été abordée à plusieurs reprises dans leurs discours. Par exemple, Béatrice a mentionné :

> Ben actuellement la journée typique est surtout centrée sur le travail parce que j'ai des corrections tout ça, de travaux d'étudiants qui m'ont été remis avant Noël tout ça, mais le fait d'anticiper que à moment donné j'va avoir un p'tit moment pour faire ça, c'est déjà suffisant pour moi. (Béatrice)

Avant l'épisode de violence, Claude travaillait dans le domaine des ressources humaines. Parmi les personnes rencontrées, elle est la seule répondante qui était aux études durant les entrevues :

> Actuellement, je fais certificat en français. Et je suis acceptée aussi en travail social en janvier. J'aimerais travailler du côté de l'immigration, je ne pense pas que je dois travailler avec les victimes et ça parce que je suis touchée, je ne sais pas si je serais capable de les aider avec mon état actuel, mais j'aimerais bien travailler avec les immigrants et aussi peut-être après je veux faire un certificat en droit. (Claude)

5.4.4.3 Les loisirs. Quatre participantes, soit Sofia, Xavier, Laura et Sara ont abordé la question des loisirs. Dans les extraits suivants, Sofia et Laura expliquent les bienfaits de ces activités dans leur vie :

> Depuis quelques temps, depuis qui fait beau je jardine ça jardiner j'aime bin ça, on est content que le soleil soit revenu. Ça fait extrêmement du bien à la tête aussi, sinon j'ai passé beaucoup trop de temps devant la télé aussi. (Sofia)

> Ben j'me, mes journées, c'est sûr c'est beaucoup plus calme que c'était, j'me lève très tôt genre 4h30-5h, c'est d'prendre mon temps, bon j'fais des meetings au moins 3-4 fois par semaine le midi, c'est réglé à travers ça, parfois ben j'ai des projets de faire un truc, dessiner, des projets de décaper un meuble, des p'tits projets comme ça, d'aller marcher, c'est simple. C'est simple, pis j'contente, ça déjà été trop compliqué. (Laura)

CHAPITRE 6
DISCUSSION

Ce chapitre discute et analyse les résultats de l'étude à la lumière du cadre conceptuel (chapitre 3) et des écrits recensés au chapitre 2. Avant d'entamer cette discussion rappelons l'objectif de cette étude qui était : d'explorer les facteurs ayant contribué au processus de rétablissement des personnes ayant développé des troubles mentaux à la suite de crimes violents. Les données quantitatives et qualitatives amassées en soutien à cet objectif permettent d'éclairer le sujet peu étudié à présent. Ce chapitre est divisé en six parties dans lesquelles seront discutées : a) le parcours de femmes victimes de crimes violents; b) les répercussions vécues à la suite des crimes violents subis; c) les facteurs individuels et environnementaux ayant contribué positivement ou négativement au processus de rétablissement de personnes victimes d'épisodes de violence commis par autrui; d) les forces et les limites de l'étude; e) les pistes de recherche à explorer dans le futur et les retombées pour l'intervention sociale et f) la pertinence de la présente recherche.

6.1 Le parcours de femmes victimes de crimes violents

Les participantes rencontrées, cheminaient toutes, à des degrés divers vers le rétablissement. En effet, selon les résultats à l'échelle STORI, les participantes avaient atteints le stade 4 (reconstruction) ou 5 (croissance[12]) du rétablissement, signifiant ainsi des améliorations significatives de leur état. Divers facteurs d'ordre individuel ou environnemental ont contribué à ces processus singuliers. À ce propos, les résultats convergent avec les études liées aux facteurs contribuant au rétablissement des personnes ayant des troubles mentaux graves (Andresen et al., 2003; Leamy et al., 2011, Bird et al.,

[12] Pour consulter les résultats à l'échelle du STORI, voir le Tableau 2 : Soutien social, résilience et stade du rétablissement à la p.77 du chapitre 5.

2014; Lemos-Giraldez et al., 2015; Weeks et al., 2011 et de Young et Ensing, 1999). En effet, les résultats obtenus convergent avec les cinq dimensions du cadre conceptuel CHIME (Leamy et al., 2011) qui sont : a) être en lien et être soutenu; b) avoir de l'espoir et être optimiste quant à son futur; c) redéfinir son identité; d) donner un sens à sa vie; et e) développer son pouvoir d'agir.

Les résultats liés au processus du rétablissement de personnes victimes de crimes violents de la présente étude seront donc discutés dans les paragraphes suivants. Il est à noter que ces dimensions ont toutefois été utilisées dans la construction des thèmes pour guider l'entrevue semi-dirigée des répondantes. Il était donc prévisible de les retrouver dans certains résultats. Malgré cette possibilité, il n'en demeure pas moins qu'elles semblent avoir fait échos chez les participantes, du fait qu'elles n'ont pas été invalidées comme facteurs d'aide dans leurs parcours de rétablissement. Conséquemment, dans la prochaine section, ces dimensions issues de l'ontosystème et du microsystème des participantes de l'étude seront approfondies dans l'intention de chercher à les discuter eu égard au processus de rétablissement de personnes ayant des troubles mentaux graves afin d'en observer les convergences et les divergences.

6.1.1 Actes violents vécus

D'abord, le chapitre des résultats a été l'occasion de tracer le portrait des huit répondantes à la suite des crimes violents vécus. Il est à noter que les situations de violence rapportées dans cette étude sont représentatives des crimes violents les plus fréquemment rapportés dans l'ESG (Statistique Canada, 2000; 2005; 2010; 2015), soit l'agression sexuelle et les voies de fait. Un seul crime ne figure pas dans la présente étude au

sein de l'échantillon : le vol qualifié. Cela peut être attribuable au fait que ce type de crime[13], serait le moins prévalent (12,3) parmi les trois types de crimes portant atteinte à l'intégrité physique (Statistique Canada, 2010). Cette prévalence combinée à la petite taille de l'échantillon de cette étude (*n*=8) a pu faire en sorte qu'aucune personne n'ayant vécu ce type de crise s'est portée volontaire pour l'étude. Un autre facteur pouvant peut-être expliquer ce fait, concerne le lieu de recrutement : le CAVAC. Au sein de la clientèle fréquentant les services courants de cet organisme, le rapport annuel de 2019 rapporte que la proportion de personnes dont le principal motif de fréquentation est le vol qualifié est minime (281) par rapport aux autres types de crimes[14] abordés dans cette étude (Centre d'aide aux victimes d'actes criminels, 2019).

Les motifs de plaintes peuvent ainsi varier en fonction de deux facteurs clés, soit en fonction du type de crime vécu (ISQ, 2015) et de la nature de la relation qui l'unit à son agresseur (conjoint, parent, fratrie, etc.) (Wemmers, 2003). Or, dans la présente étude il est intéressant de constater que les violences rapportées ont toutes été commises par des personnes proches ou connues des répondantes, dont principalement par le conjoint de ces dernières. Conséquemment, les femmes rencontrées ont rapporté plusieurs répercussions qui ont affecté leur santé physique, leur santé mentale ainsi que leurs relations interpersonnelles. Ces résultats s'avèrent donc similaires à ceux de Baril (2002) qui a identifié les conséquences

[13] Taux d'incidents de victimisation avec violence survenu au Québec en 2009 : L'agression sexuelle (16,5%), et les voies de fait (69,4%).
[14] Le rapport annuel du CAVAC de Montréal (2019) rapporte : 2503 voies de fait et 1323 infractions à caractère sexuel / proxénétisme.

suivantes au plan : a) physique; b) économique; c) social; et d) psychologique chez les personnes victimes de crimes violents.

Il est donc intéressant de constater que les conséquences liées aux violences décrites par les répondantes convergent à celles identifiées dans les écrits recensés dans les chapitres précédents. En effet, depuis quelques décennies les études (Spencer et al., 2019; Rossi et Cario, 2013; Wemmers, 2003; Norris et al., 1997) ont cherché à approfondir les diverses répercussions vécues par les personnes à la suite d'épisodes de violence, dont celles de Baril (2002). Les répercussions des violences vécues par les participantes de l'étude seront donc discutées, notamment celles liées à leur santé mentale. L'objectif sera de mettre en perspective les résultats issus de la présente étude afin de tenter de les discuter eu égard aux plus récentes études qui ont porté sur les conséquences sur la santé mentale pour les personnes victimes de violence conjugale (Spencer et al., 2019; Pill et al., 2017; Lagdon et al., 2014).

6.2 Les répercussions psychosociales des crimes violents

Le fait d'être victime d'un crime violent est associé, comme on l'a vu dans cette étude, à l'apparition de divers troubles mentaux. Être victime d'événements traumatiques prédispose à développer un TSPT (Brillon, 2017). Le plus souvent, ces événements sont de nature violente lorsqu'ils constituent un motif de consultation et consistent en, la majorité du temps, une agression sexuelle (49 % femmes, 7 % hommes), une agression physique (6 % femmes, 2 % hommes), ou un abus physique dans l'enfance (8 % femmes, 7 % hommes) etc., (Kessler et al., 1995). Dans la présente étude la majorité des participantes ont rapporté une agression sexuelle ou physique dans le contexte de relations conjugales comme étant la source de leur TSPT. Elles ont pour la plupart dévoilé être atteintes d'un TSPT en

concomitance avec d'autres troubles mentaux, comme, la dépression, l'anxiété, le trouble de l'adaptation et l'alcoolisme et la toxicomanie. Ces comorbidités avaient été rapportées par Kessler (1995) dans son étude menée auprès d'un échantillon représentatif de 5877 personnes. Ses résultats indiquaient que 29% des hommes et 35% des femmes étaient atteints d'au moins un trouble en comorbidité. La dépression, l'abus d'alcool et de drogues et les phobies sont les troubles les plus fréquemment observés en comorbidité avec le TSPT (Brillon, 2017; Kessler, 1995). Ces résultats convergent avec ceux de Green et Roberts (2008) et de Norris et Kanisasty (1994) qui en sont venus à la conclusion que le fait d'être victime d'un crime violent est associé à plus de symptômes et à un plus grand risque de développer un trouble mental comme : la dépression, l'anxiété et le trouble de stress post-traumatique. Dans la présente étude l'anxiété a d'ailleurs été identifiée comme l'une des répercussions les plus couramment ressentie par les répondantes ce qui a eu pour effet d'affecter considérablement leur fonctionnement social au quotidien. Par contre, au moment de l'entretien, les participantes notaient certaines améliorations à ce titre en comparaison avec une époque où elles vivaient des perturbations psychologiques plus importantes.

De plus, il est à noter que dans l'échantillon de la présente étude, deux autres troubles mentaux la composent, soit le trouble de bipolaire et celui de la personnalité limite. Toutefois, il est possible de faire l'hypothèse que le développement de ces troubles ait précédé le crime subi et qu'il soit lié à d'autres facteurs dans le parcours de vie des participantes, et ce, notamment du fait que ces dernières ont partagé avoir vécu des difficultés psychologiques depuis l'enfance. Le fait d'avoir vécu plusieurs crimes violents semble avoir affecté différemment Xavier et Charlie sur le plan des conséquences liées à leur santé mentale. Ces résultats convergent avec ceux de Wemmers (2003) qui a mis en évidence le processus de

victimisation peut entrainer le développement de problématiques de santé mentale dont la sévérité varie selon la nature du crime commis, les circonstances et la gravité de l'événement, la relation avec l'agresseur, mais aussi en fonction des caractéristiques et des expériences subjectives de victimisation du passé et du présent de la personne.

Les résultats de la présente étude démontrent qu'à la suite des épisodes de violence d'autres répercussions ont pu être identifiées dont celles liées aux habitudes de vie. Les modifications aux habitudes de vie sont une conséquence importante découlant du TSPT, puisqu'elles perdurent dans le temps et affectent le quotidien. Par exemple, le manque de désir sexuel, les difficultés relationnelles et les problèmes de sommeil sont fréquemment observés (Brillon, 2017). La plupart des participantes ont rapporté d'importantes difficultés relationnelles, notamment en lien avec la difficulté à faire confiance à autrui. Elles se sont dites insatisfaites de la qualité de leur sommeil, faisant part de nuits courtes (moins de 8h) et entrecoupées. Elles ont évoqué le TSPT et le crime violent pour expliquer ces insomnies. Ces symptômes ont été observés dans des échantillons de personnes étant atteintes d'un TSPT dans de nombreuses études (voir la recension de Babson et Feldner, 2010), les problèmes de sommeil constituant l'un des critères diagnostiques du TSPT selon la 5^{e} édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013).

De plus, les données démontrent que sur le plan de la santé physique toutes les participantes ont indiqué avoir un ou des problèmes qui étaient directement ou indirectement liés aux crimes violents perpétrés. En effet, les résultats démontrent que certains problèmes de santé sont issus de blessures physiques qu'a engendré la violence conjugale vécue (voir le Tableau 1. Profil des participantes à l'étude p.64). Les voies de fait ont causé divers

problèmes physiques ce qui viennent corroborer les données de l'ISQ (2015, p. 20) qui indiquait dans son rapport que parmi les crimes avec violence les voies de fait sont ceux qui se produisent le plus souvent (69,4 %). Dans l'histoire de violence vécue par Florence celle-ci mentionne avoir bénéficié des services d'un centre de réadaptation en déficience physique de Montréal pour traiter une commotion cérébrale subie à la suite l'agression physique perpétrée par son conjoint.

Les résultats démontrent que les répercussions vécues à la suite des épisodes de violence ont amené les participantes à utiliser d'autres services dans la communauté, comme ceux offerts dans le réseau public en santé physique et mentale, psychologie, le CAVAC pour du soutien psychosocial, l'IVAC, ainsi que des services offerts dans des organismes à but non lucratif (OBNL), soit en hébergement ou en santé mentale à Montréal. Cependant, ces résultats permettent d'observer une dynamique entre la personne victime de crimes violents et les services offerts à cette population. Cette dynamique systémique sera donc approfondie dans les prochains paragraphes.

6.3 Les facteurs individuels et environnementaux ayant contribué au processus de rétablissement de personnes victimes d'épisodes de violence

Les résultats de l'étude ont permis de discuter des différents facteurs de rétablissement issus du discours des répondantes. Ces facteurs individuels et environnementaux sont présentés dans les prochaines sections.

6.3.1 Se reconnaître comme une personne victime : les procédures judiciaires et les services offerts aux victimes de crimes violents dans la collectivité

Dans la présente étude la majorité des participantes rencontrées ont enclenché des procédures judiciaires relativement à la violence vécue. Plusieurs ont également mentionné avoir utilisé les services d'aide offerts aux victimes d'agression physique ou sexuelle. Par exemple, le chapitre des résultats présente dans le portrait de Florence des actions liées à sa recherche d'aide comme victime de violence conjugale. Toutefois, malgré cette démarche de recherche d'aide Florence a aussi tenu à préciser qui lui avait été difficile de se reconnaître comme une personne victime. C'est donc conséquemment à l'épisode de violence ainsi qu'à la reconnaissance de sa victimisation, que Florence a utilisé les services d'OBNL qui accompagnent les personnes qui sont victimes de la violence d'autrui. L'étude de Frenette et al. (2018) a aussi observé que l'un des facteurs d'aide au rétablissement est de se reconnaître comme victime de crimes violents. Cette étape de recherche de soutien social au sein des services de la collectivité renvoie à l'un des principaux facteurs du processus de rétablissement; la redéfinition de soi. Se percevoir comme une personne victime de crime violent a été l'une des conditions nécessaires pour entreprendre des démarches de demande d'aide auprès des services judiciaires, d'un CAVAC, d'un CALACS ou de ceux offert par des OBNL en santé mentale.

Or, malgré l'aide apportée par les services offerts dans la collectivité pour ces personnes victimes, les données permettent de rapporter que ce système a aussi été la source de frustration et de déception. Ces résultats semblent aller dans le sens de l'étude de Cyr et Wemmers (2011) portant sur la reprise de pouvoir d'agir des victimes de crimes graves en ce qui concerne la reconnaissance de la victimisation dans les différentes démarches liées aux procédures judiciaires. Cette dynamique entre la personne et son environnement peut

favoriser sa mise en action vers une réappropriation de son pouvoir d'agir devant les conséquences découlant de la violence subie.

6.3.2 Se distancer de l'agresseur : une question de contexte du crime !

Les résultats de la présente étude ont permis d'identifier que les membres provenant de l'entourage qui ont eu un impact positif dans le parcours de rétablissement des personnes victimes de crimes violents rencontrées sont : 1) les amis et 2) la famille (p. ex : mère, sœur et enfant). Ces résultats démontrent que le soutien offert par les amis et par la famille a été très aidant. En effet, ce réseau de soutien significatif a été pour les personnes victimes rencontrées une source relationnelle qui a généré un sentiment de pouvoir compter sur quelqu'un. De plus, mise à part les membres de l'entourage familial et amical, d'autres membres ont aussi eu un impact significatif dans le parcours de rétablissement de ces dernières. Il s'agit d'intervenants, notamment les psychologues, d'ex-conjoints et d'un animal domestique, le chat. Les extraits d'entretien ont révélé l'importance d'aborder la contribution de ces membres dans le processus de rétablissement. Le Tableau 3 dans le chapitre des résultats (p. 89) situe des extraits significatifs pour chacune des trois catégories de membres évoqués ci-haut.

Les événements de violences rapportées par les participantes de l'étude ont touché leurs croyances et leurs valeurs. Cusson et al. (2013) rapportent que l'un des problèmes de la violence criminelle est qu'elle a le pouvoir de déchirer le lien social, de diffuser la peur et de détruire la confiance en autrui. Les résultats de la présente étude permettent de l'observer également. Les participantes ont mentionné avoir développé des comportements de méfiance ou de confiance par rapport à autrui. Par exemple, durant l'un des entretiens, Sofia a exprimé

que son expérience comme victime au sein du système de justice a transformé sa perception de ce dernier. Dans d'autres cas de figure, les événements de violence ont transformé la manière d'être en relation avec les autres. Les épisodes de violence rapportés ont majoritairement été commis par une personne de confiance de l'entourage de la personne victime. Ces résultats vont dans le même sens que les données de l'IVAC (CSST, 2014) qui révèlent que dans la majorité des cas, les personnes victimes de crimes connaissent leur agresseur (77,7 %), qu'il s'agisse d'un membre de la famille, d'une connaissance, du conjoint ou encore de l'ex-conjoint.

6.3.3 Le soutien social : facteur essentiel au processus de rétablissement des femmes victimes de crimes violents ?

Les résultats du chapitre précédent rapportent que sur le plan des relations sociales les violences vécues ont eu des répercussions qui ont touché au moins l'une des sphères sociales suivantes, soit : a) l'intimité; b) la famille; c) l'amitié; et d) la vie professionnelle. Ces dimensions issues des résultats du matériel des entrevues de la présente étude seront discutées ci-bas eu égard à trois des quatre types de liens évoqués par Paugam (2008), soit : a) de filiation; b) de participation élective; et c) de participation organique. Les interactions sociales entre l'ontosystème des participantes de l'étude et les éléments (p.ex. personnes, CAVAC, centre d'hébergement, travail) proviennent du microsystème des personnes victimes rencontrées d'où semble avoir émergé le soutien social reçu par les personnes victimes à la suite des épisodes de violence. D'ailleurs, comme le soutien par autrui a été reconnu comme étant l'un des facteurs de protection ayant un fort impact dans le rétablissement post-traumatique (Guay et Marchand, 2006) l'interprétation des données des interactions sociales a donc aidé à en saisir l'importance comme facteur ayant contribué au rétablissement de personnes victimes de crimes violents rencontrées.

Dans la présente étude, il a été remarqué que la qualité du soutien social semble avoir fortement été influencée par les interactions relationnelles, matérielles et structurelles provenant de l'environnement des personnes victimes, ainsi que des caractéristiques spécifiques de ces dernières. En effet, les entretiens ont permis d'identifier plusieurs comportements provenant de l'entourage social des participantes de l'étude, dont notamment quatre formes de soutien, soit : a) affectif; b) matériel; c) thérapeutique; et d) judiciaire. Dans les écrits portant sur la santé mentale des personnes, le soutien social a été reconnu comme une aide contribuant au processus de rétablissement agissant comme facteur de protection. En effet, pour Caron et Guay (2005) il se définit comme étant : « […] à la dispensation ou à l'échange de ressources émotionnelles, instrumentales ou d'informations par des non-professionnels, dans le contexte d'une réponse à la perception que les autres en ont besoin. » (pp. 16-17). Pour les personnes victimes d'épisodes de violence les relations interpersonnelles avec les membres de leur entourage (lien de filiation, le lien de participation élective et le lien de participation organique) offrent un soutien qui peut avoir un impact significatif dans le rétablissement de ces personnes victimes (Guay et Marchand, 2006). Ces résultats confirment donc l'influence du soutien social comme facteur d'aide au rétablissement de personnes victimes de crimes violents. Toutefois, dans la présente étude, il a été remarqué que peu de données traitent de la question du soutien social provenant des politiques venant en aide aux victimes d'actes criminels de la société (pour Paugam (2008) il s'agit ici du lien de citoyenneté). Les répondantes ont tout de même parlé de l'aide reçue issue de politiques mises en place pour soutenir les personnes victimes de crimes violents.

Durant les dernières décennies, les études de Lietz et al., (2014); Schön et al. (2009); Topor et al. (2006) ont documenté les facteurs qui contribuent au rétablissement des

personnes ayant des troubles mentaux. L'étude de Schön et al., (2009) a notamment démontré l'importance d'avoir différents réseaux sociaux avec des membres provenant de la famille, des amis, des professionnels et des services en santé mentale), principalement du fait qu'il soit un facteur ayant contribué à diminuer les symptômes liés au TMG.

Les résultats de la présente étude révèlent que le soutien affectif a été la forme d'aide offerte qui a été la plus significative pour le rétablissement des personnes victimes de crimes violents rencontrées. En effet, le soutien affectif offert par les intervenants des services sociaux et de la santé (p. ex., du CAVAC, Centre de réadaptation, services en santé mentale) a été celui le plus significatif pour les participantes de l'étude. Durant les entretiens, Florence a rapporté le bienfait de cette forme de soutien. Plusieurs ont identifié les intervenants psychosociaux (p. ex., psychologue, intervenants du CAVAC et d'organismes communautaires ou d'hébergement) comme étant des personnes de l'entourage leur ayant offert du soutien thérapeutique. Les services offerts par les organismes communautaires ont aussi été reconnus comme une forme de soutien. Il a été rapporté que les ressources d'une maison d'hébergement ont été très aidantes à la suite du divorce d'avec un conjoint violent.

Ces données suggèrent que le soutien social constitue un important facteur de rétablissement chez les personnes ayant développé des troubles mentaux à la suite de crimes violents, tout comme il constitue un facteur de rétablissement des personnes ayant développé des troubles mentaux graves (Caron et Guay, 2005; Duplantier 2011). Poser un regard sur l'entourage des personnes victimes de crimes violents a permis ici de constater certaines des mêmes observations que Duplantier (2011) à l'égard de l'expérience de rétablissement de personnes atteintes de troubles mentaux où plusieurs facteurs environnementaux ont facilité ou ont entravé ce processus. Plus précisément, le facteur de soutien social issu des liens

sociaux qui correspond « au fait de trouver, dans le contact de personnes désignées comme significatives, un soutien mais également une source de croissance personnelle. » (Duplantier, 2011, p.64). Les résultats qui suivent tenteront donc de discuter de l'environnement social des personnes victimes de crimes violents et des différentes formes de soutien décrites dans le cadre de cette étude.

6.3.4. Les liens sociaux ayant contribué au rétablissement des répondantes

Les résultats de la présente étude convergent avec ceux de Wemmers (2003) qui soulignent qu'à la suite d'un crime violent, le fait de se reconnaître comme une personne victime va engendrer l'effritement de certaines relations avec les membres de l'entourage. Malgré que les résultats de la présente étude parviennent à cette même conclusion, d'autres liens sociaux ont été conservés ou ont été créés à la suite des crimes violents vécus par les répondantes.

Cette étude a également permis d'identifier certaines difficultés relationnelles qui pourraient être approfondies (p. ex., la confiance en autrui) à la suite de crimes violents vécus. Dans le cadre d'une autre étude, il serait donc pertinent de chercher à savoir si le fait d'avoir un bon niveau de soutien social dans l'environnement social est un facteur de rétablissement suffisant pour compenser au fait d'avoir une faible capacité de résilience sur le plan individuel

Le soutien microsystémique a parfois nui au rétablissement des victimes dans la présente étude, mais l'a parfois aussi soutenu. Ce soutien consiste par exemple en des ressources d'aide offertes par le système judiciaire. La revictimisation engendrée par la multiplicité des témoignages, ainsi que la lourdeur du système de justice ont été des facteurs

identifiés par les répondantes comme ayant nuit à leur rétablissement. Elles ont aussi mentionné que les services judiciaires ont été la source de frustration et de déception dans les cas où ils ne leur permettaient pas de répondre à leur besoin de soutien. Par exemple, le manque de cohésion entre les services dispensés a été identifié comme une source de frustration Toutefois, certaines participantes ont aussi eu le sentiment d'être soutenues par le système judiciaire, notamment par l'accueil et la reconnaissance du statut de victime et la non-banalisation des violences subies que celui-ci leur a prodigué. Quelques comportements ont favorisé la réponse à leurs besoins de soutien : la reconnaissance de la situation de violence, l'écoute, la délicatesse et l'attention et la bienveillance des intervenants. Ces résultats sont similaires à ceux de l'étude de Cyr et Wemmers (2011) qui ont identifié que l'approche sécurisante et compréhensive et du traitement chaleureux des policiers constituaient des facteurs d'aide et que la lourdeur des procédures judiciaires et le manque de cohésion entre les services dispensés étaient des facteurs de nuisance.

Les ressources identifiées comme les plus aidantes par les victimes ont été les policiers, les intervenants du CAVAC et les psychologues, l'animal de compagnie, les amis et certains proches. Les personnes ayant nui au parcours de rétablissement des personnes rencontrées ont été sans grande surprise, l'agresseur qui fut dans la majorité des cas des répondantes rencontrées, soit un conjoint ou un proche.

Ensuite, bien que le soutien affectif offert par la famille, notamment celui offert par la mère, n'a pas été satisfaisant pour certaines répondantes, le soutien financier offert par la famille a quant à lui été satisfaisant. Ces résultats vont donc dans le même sens que ceux de l'étude de Cyr et Wemmers (2011) qui avaient aussi rapporté que, chez les personnes victimes de crimes violents, le soutien apporté peut se traduire en aide financière.

Le lien de participation organique (c.-à-d. concernant l'apprentissage et l'exercice des fonctions d'un travail) a donc été un des liens sociaux importants pour les répondantes de l'étude. Les milieux nommés ont été liés aux milieux professionnel, étudiant ou communautaire. Les intervenants des services sociaux ou de la santé ou des milieux communautaires sont parmi les membres positifs de ce réseau social. Ce résultat converge avec les études de Topor et al. (2006) et de Tremblay (2014) qui ont présenté à partir de récits qu'il existe un sentiment de confiance et de sécurité provenant de la relation avec les intervenants ayant favorisé le rétablissement.

Les résultats de la présente étude ont identifié que le développement et le maintien d'un réseau social satisfaisant chez les personnes victimes de crimes violents est l'un des principaux facteurs ayant contribué au rétablissement de ces dernières. Dans les futures formations des intervenants sociaux il pourrait leur être suggéré dans leurs pratiques d'identifier pour chaque personne victime qui ont été les personnes importantes de leur réseau social afin de les impliquer dans leur processus de rétablissement. Offrir un fort réseau de soutien social aux personnes victimes pourrait ainsi aider à renforcer le sentiment de protection fragilisé par les violences vécues. Il est possible de penser que ces interventions pourraient favoriser la capacité de résilience des personnes victimes du fait qu'elles puissent sentir à nouveau la possibilité de compter sur l'autre et pour l'autre.

6.3.5. Qu'est-ce qui favorise l'espoir ?

Les résultats de la présente étude au STORI (les stades de reconstruction et de croissance) et ceux à l'échelle de la résilience (voir la Figure 2 et 3 – p. 79, chapitre 5) des participantes aident à possiblement expliquer le peu de matériel collecté pour regarder la phase initiale dans le processus de rétablissement des répondantes. En effet, du fait que pour une personne en processus de rétablissement cette phase correspond à l'étape où cette dernière émerge peu à peu de son état antérieur de repli sur soi, de déni, de fermeture à soi ainsi qu'à l'autre (Young et Ensing, 1999). Le peu de matériel pour cette phase s'explique probablement du fait que le recrutement des participantes a été fait principalement dans un CAVAC. Du fait de la mission d'aide et d'accompagnement de personnes victimes de crimes violents offerts par les services du CAVAC il est fort probable qu'à cette étape de demande d'aide les personnes doivent se reconnaître comme une personne victime. Cette étape permet ensuite d'entamer le processus de redéfinition de soi. Pour Davidson (2003) la redéfinition du soi se rapporte à la personne atteinte d'un trouble mental, à sa capacité introspective et à ses nouveaux schèmes de pensées et de comportements. Les actions impliquées dans la redéfinition de soi sont donc considérées comme des facteurs qui favoriseront le rétablissement.

Les résultats de la présente étude révèlent que la question du développement personnel est une dimension à considérer dans le processus de rétablissement des personnes victimes de crimes violents. Plus précisément, dans cette étude le développement personnel a notamment pris la forme d'une contribution personnelle. Cette contribution semble être un mouvement introspectif qui se résulte en un amalgame entre la capacité à se reconnaître des forces et des habiletés ainsi qu'une manière de consolider le fait de pouvoir compter sur soi.

Ce facteur met en lumière l'importance de leur propre contribution dans leur processus de rétablissement. Par exemple, dans le chapitre des résultats, le regard que pose Sofia sur sa situation semble pouvoir se lier à l'un des facteurs-clé du rétablissement, c'est-à-dire la redéfinition de soi. Cette expérience de contribution personnelle aide à mettre lumière que le fait de se redéfinir peut devenir une occasion d'observer une dynamique entre l'ontosystème et le microsystème de personnes victimes de crimes violents marquant ainsi l'aspect transformationnel de l'identité de ces dernières où semble poindre l'espoir.

6.3.5.1 La résilience et la spiritualité comme facteur d'aide dans le parcours des répondantes. Les résultats de la présente étude indiquent que la capacité de résilience des répondantes semble avoir influencé leur rétablissement. Ces données sur la résilience convergent avec le fait que ce dernier soit un facteur influençant le rétablissement de personnes victimes de crimes violents dans leur recherche de revalorisation personnelle, et ce, malgré l'état d'impuissance pouvant être vécu lors des procédures judiciaires (Cyr et Wemmers, 2011). D'ailleurs, certains auteurs (Duplantier, 2011; Onken et al., 2007; Provencher, 2002; Young et Ensing, 1999) perçoivent la résilience tout comme la spiritualité comme des concepts moteurs au rétablissement de personnes atteintes de troubles mentaux. Pour Onken et al. (2007) la capacité d'une personne à déployer sa résilience peut l'aider à recouvrer espoir en la vie l'aidant ainsi à cheminer dans son rétablissement.

Cela amène toutefois à revoir un des critères de recrutement de la présente étude pour les participantes (*n*=8) rencontrées, soit « le fait d'avoir reçu un premier diagnostic de trouble mental après la date à laquelle est survenu l'épisode de violence ». Du fait que durant la période de recrutement des participantes, ce critère d'inclusion impliquait la possibilité de rencontrer des personnes ayant reçu divers diagnostics de trouble mental, dont celui lié à un

TSPT. Si avoir été victime de crimes violents peut impliquer le fait qu'il puisse s'agir d'un événement potentiellement traumatisant pour la personne. Alors, il est possible qu'à partir de la prise de conscience de cette fracture existentielle qu'une phase de reconstruction puisse être amorcée par la personne afin de chercher à se rétablir. Cette dernière pourrait ainsi utiliser les composantes de la résilience mentionnées ci-hauts, ce qui enclencherait hypothétiquement une croissance post-traumatique.

Les résultats révèlent que la spiritualité a été identifiée comme un facteur impliqué dans le rétablissement des personnes rencontrées. Pour Chouinard (2009) à la suite d'un événement traumatique la croissance spirituelle d'une personne peut s'actualiser dans la réalisation de son projet de vie, ce qui peut témoigner de sa résilience devant l'épreuve vécue. Les violences vécues ont transformé les croyances et les valeurs de certaines participantes. Avoir été victime d'un événement potentiellement traumatique affecte nécessairement les croyances profondes d'une personne du fait de la peur de mourir que cette violence risque de provoquer. Conséquemment, les bienfaits de l'expérience spirituelle dans le processus de rétablissement ont été rapportés dans les résultats. Ces données convergent à l'étude de Lachance (2012) du fait que ce facteur peut prendre la forme d'un « éveil à la vie spirituelle » qui aide à actualiser la quête identitaire de personnes qui sont en processus de rétablissement.

Pour Hanson et al. (2010) cette nouvelle perception de soi de personnes victimes serait attribuable aux répercussions de la violence sur l'identité, notamment sur la perception de soi dans leurs interactions sociales au sein de leurs relations amoureuses. En effet, à la suite d'un épisode de violence la rupture de certains liens sociaux devient nécessaire pour assurer le rétablissement de la personne. Les résultats de la présente étude soutiennent donc

que la rupture de certains liens sociaux s'est avérée nécessaire pour que les personnes victimes rencontrées puissent modifier leurs situations de protection et de reconnaissance à la suite d'épisodes de violence. Pour Paugam (2008), rompre peut aider la personne à rétablir son sentiment de pouvoir compter sur l'autre et pour l'autre.

6.3.6. La reconstruction d'une identité positive de soi : La quête d'un mieux-être à la suite de crimes violents !

À l'appui de quelques auteurs (Duplantier, 2011; Onken et al., 2007; Young et Ensing, 1999) cette phase intermédiaire a également été décrite dans le discours des répondantes. La recherche d'un espace pour soi et celle de l'exploration et de la relation à l'environnement ont été abordées mettant de l'avant le concept d'inclusion sociale. Les facteurs individuels et environnementaux qui ont été identifiés et décrits dans la présente étude (p. ex : la résilience, la spiritualité, la redéfinition de soi, le pouvoir d'agir et la relation avec les autres et leur soutien social) sont similaires à ceux recensés précédemment dans ce mémoire. Dans l'étude d'Onken et ses collaborateurs (2007), ces facteurs du rétablissement s'inscrivent dans une conception écologique du fait qu'elles marquent les transactions possibles entre les éléments centrés sur la personne, sur la communauté et sur leurs échanges.

En effet, il a été possible d'identifier à partir des données collectées la participation à des activités ou à des occupations personnelles ou à celles professionnelles dans la communauté. Plus précisément, quatre activités ont été retenues : a) le bénévolat; b) le travail; c) les études; et d) les loisirs. Le discours des répondantes rapporte leur participation au sein d'une diversité d'activités quotidiennes qui semblent avoir contribué à consolider leur mieux-être. Cette quête du mieux-être met aussi en perspective une recherche d'enracinement

en elle soi-même et en son environnement afin d'être à même, au fil du temps, d'identifier ce qu'elle était, ce qu'elle devenue et ce qu'elle projette vouloir être.

Un triptyque du parcours existentiel de la personne victime d'épisode de violence en rétablissement se dessine peu à peu à travers le rythme ponctué de prises de conscience, de choix et d'actions quotidiennes. Les échanges systémiques identifiés entre l'ontosystème et le microsystème ont pris la forme du bénévolat qui a été une manière de se sentir utile valorisante du fait de l'implication sociale dans la communauté. Le travail, les études et les loisirs ont également été des sphères sociales significatives, et ce, du fait des bienfaits ressentis à prendre part à leurs activités choisies par ou pour eux. La connexion à soi et aux autres dans ce processus a donc été des facteurs qui ont contribué positivement au processus de rétablissement des participantes de l'étude.

Aussi, il a été remarqué dans la présente étude que c'est durant cette phase que la personne est appelée à faire le bilan de ses ressources personnelles et de ses nouvelles limites que lui imposent le trouble, la maladie ou le traumatisme. L'étude de Young et Ensing (1999) précise que c'est à travers les prises de conscience et les actions que la personne parviendra à se (re)donner son pouvoir d'agir. Le développement de nouveaux schèmes comportementaux témoigne donc de la capacité créative de chacun à partir de l'identification de ses forces et de ses nouvelles limites. Enfin, l'expérience de la violence d'autrui a également atteint les valeurs des participantes. Pendant les entretiens, deux répondantes ont identifié que cette violence vécue a modifié le rapport au respect de soi ainsi qu'au respect mutuel.

Par ailleurs, durant les entretiens un thème important a émergé des résultats, soit la question du développement personnel dans leur parcours de rétablissement. Les différents extraits rapportent des activités, des loisirs et des projets du quotidien qui témoignent de forme d'actions qui ont favorisé le bien-être des participantes. L'objectif de se développer était donc de chercher à reconstruire leur confiance et leur estime personnelle et de tenter de retisser des relations satisfaisantes avec autrui à la suite du crime violent vécu. Les résultats de la présente étude indiquent que l'inclusion sociale des participantes a été une pierre angulaire qui a aidé à la reprise en main de leur fonctionnement social convergeant aux données de l'étude d'Onken et al. (2007). En effet, ces auteurs (2007) ont amené l'idée que dans le processus de rétablissement, le fait qu'une personne objective son fonctionnement social à partir de normes sociales imposées par ses expériences et son environnement serait un facteur favorisant ou au contraire nuisant à l'intégration de cette dernière au sein des structures (p. ex., rôles sociaux) de la société.

6.3.6.1. Une étape pivot au rétablissement des personnes victimes : La réappropriation du pouvoir d'agir. Les résultats ont aidé à observer la dynamique microsystémique entre les participantes et leur entourage. Par exemple, dans le STORI le score de Laura indique le stade 4, se résultat semble converger avec le fait que cette dernière a partagé trouver difficile de constater que le regard de la collectivité posé sur les femmes victimes de violence n'est pas favorable à leur rétablissement. La perception des personnes victimes peut donc freiner ou au contraire favoriser le passage d'une phase à une autre du rétablissement. Certains facteurs spécifiques semblent être attribuables au parcours de rétablissement des 3 personnes rencontrées (Figure 3, p.79. Xavier, Florence et Béatrice) qui ont eu un score semblable au STORI, soit le stade 5 – La croissance. Plus précisément, ce

qui semble se distinguer entre les deux phases a été pour ces personnes la prise de conscience de son pouvoir d'agir dans la collectivité.

Dans les résultats de la présente étude, la reprise de pouvoir d'agir semble avoir été consolidée par la reconnaissance de soi, et ce, malgré les difficultés rencontrées par rapport à leur rapport à soi et à l'autre et également, ainsi que par rapport à l'état de leur santé globale. En effet, les diverses expériences de violence vécue par les participantes témoignent d'une phase nécessaire d'acceptation, de consolidation et de réappropriation de leur existence. L'identification de certaines difficultés vécues par les participantes dans leur parcours de rétablissement semble être un facteur d'aide à celui-ci. L'affranchissement du sentiment d'impuissance exprimé par Claude devant les répercussions des violences vécues s'appuie sur l'autodétermination d'avancer, malgré la crainte exprimée par cette dernière.

Ce mouvement transformationnel, la reprise de pouvoir d'agir des personnes victimes a également été discuté par Cyr et Wemmers (2011) dans une étude qui porte sur la reprise de pouvoir d'agir des victimes de crimes violents. Les données de la présente étude ont observé que la reprise de pouvoir d'agir peut être un facteur d'aide au rétablissement du fait que les personnes victimes ont cherché à s'approprier leur pouvoir d'agir en misant sur des nouvelles activités quotidiennes (p. ex., : le bénévolat, le travail, les études et les loisirs) qui les ont guidées vers plus d'autonomie (p. ex., : sur les plans suivants : physique, psychologique et relationnel). Il a été observé que l'un des facteurs ayant aidé est celui d'avoir le sentiment de maîtriser peu à peu leur vie. Ces facteurs correspondent plus précisément à la phase finale présentée par Young et Ensing (1999), soit le fait de chercher à reprendre du pouvoir sur sa vie.

Toutefois, d'autres résultats soulignent la reprise de pouvoir d'agir de l'échantillon de la présente étude; celui du dévoilement des crimes violents vécus et celui de la demande d'aide auprès des différents services pour ce type de victimes. Ces démarches ont toutefois été identifiées comme pouvant nuire au processus de rétablissement (p. ex., : les procédures judiciaires et la relations avec les membres du système de la justice). Ces résultats convergent avec ceux de Wemmers et Cyr (2006) qui ont identifié un sentiment d'impuissance vécu par les victimes à la suite d'épisodes de violence lorsqu'elles cherchent du soutien auprès du système de justice à l'aide de ces démarches judiciaires. Pour Cyr et Wemmers (2011) ces actions ne répondent que dans de rares cas aux espérances des personnes victimes, puisque souvent cela peut se conclure en une exclusion au sein des procédures judiciaires ce qui les enferme dans une situation d'impuissance. Conséquemment, cette dynamique systémique entre la personne victime et la lourdeur des procédures du système de justice peut expliquer que peu de personnes dans la présente étude ont atteint cette la dernière phase qui implique que ces dernières parviennent à ressentir de plus en plus les moments de sérénité, de quiétude et de paix (Young et Ensing, 1999).

6.4 Les forces et les limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces, mais aussi certaines limites. Les forces qui seront présentées sont la collaboration avec le CAVAC pour le recrutement des participantes, l'approche mixte qualitative et quantitative dans le choix des instruments utilisée pour la collecte de données et le regard croisé pour l'analyse des résultats. Les limites qui seront présentées se penchent principalement sur la question du petit échantillon de participantes volontaires ($n = 8$), recrutées au sein d'un seul milieu. Cette réalité restreinte pourrait s'avérer biaisée, notamment en raison de la non atteinte de la saturation empirique des données.

6.4.1 Les forces

Dans cette étude diverses forces sont notables considérant la fragilité des personnes rencontrées. En effet, poser un regard sur une population fragilisée au niveau de leur santé globale à la suite de crimes violents a représenté un défi dans des aspects variés qui s'imposaient d'eux-mêmes considérant les caractéristiques de l'échantillon. Il a été remarqué que de collaborer avec le CAVAC de Montréal (affiche sur les murs, présentation du projet à l'équipe d'intervenants) a été un facteur qui a favorisé le recrutement de personnes qui répondaient de manière plus précise aux critères d'inclusion de l'étude.

Il n'en demeure pas moins que malgré cette collaboration le recrutement a été laborieux considérant possiblement la confiance ébranlée en autrui. Les personnes ayant participé à l'étude ont démontré une certaine ouverture à l'autre ainsi en participant à cette recherche. En effet, participer à ce projet demandait que les participantes s'impliquent activement en rencontrant une personne inconnue, soit l'interviewer des entrevues semi-dirigée. Cette rencontre en personne a semblé être un facteur pouvant ébranler les bases fragiles de la reconstruction du sentiment de sécurité et de la confiance en autrui; dommages collatéraux des crimes violents vécus.

Par contre, en fonction des résultats obtenus au STORI (2003) (stade 4 et 5), il a été remarqué que les participantes de l'étude ont su démontrer une capacité à se mobiliser malgré les fragilités évoquées tant sur le plan de leur santé globale que sur le plan relationnel. Le partage d'expériences du rétablissement de l'échantillon a permis de démontrer des caractéristiques communes, notamment celle de choisir de prendre part à l'étude dans l'espoir de faire avancer les connaissances dans le domaine de l'intervention sociale et dans celle

d'encourager d'autres personnes victimes à être témoin de la possibilité de se rétablir à la suite de la violence vécue par autrui.

Par ailleurs, la présente étude a utilisé une approche mixte en ce qui a trait aux outils de collecte de données. Au terme des analyses, il a été remarqué lors de l'interprétation des résultats qu'il était possible de comparer les résultats de nature qualitative à ceux de nature quantitative. L'objectif était ici de tenter d'observer en fonction des scores obtenus au Stage of recovery instrument, le STORI d'Anderson et al. (2003) et à ceux obtenus aux échelles de la résilience de Connor et Davidson (2003) et de l'échelle de provision sociale de Caron (1996) ont eu une influence dans le rétablissement des participantes.

Cette approche méthodologique dans le choix des instruments de mesures semble avoir été favorable du fait qu'elle découle d'un regard croisé en fonction de deux paradigmes d'analyse des résultats. Cette manière de faire a donc permis de nuancer et d'approfondir la catégorisation issue des entrevues semi-dirigées dans le chapitre des résultats, notamment pour le soutien social des répondantes et pour leur capacité de résilience à la suite du crime violent vécu.

Ces résultats ont ainsi permis d'identifier la coexistence de ces facteurs d'aide dans le processus de rétablissement de ces femmes victimes de crimes violents. Malgré la petite taille de l'échantillon de l'étude (n = 8), le fait d'avoir utilisé trois questionnaires valides de type quantitatif [15] a toutefois permis de dégager des données de nature différente à analyser que

[15] Les trois questionnaires quantitatifs utilisés dans cette étude ont été les suivants : 1) *Resilience Scale* (CD-RISC) de Connor et Davidson (2003); 2) Échelle de provisions sociales (ÉPS) (1996) de Caron; et 3) Stages of Recovery Instrument (STORI) d'Andresen, Caputi et Oades (2006).

celles issues des entrevues semi-dirigées et d'augmenter la validité interne de l'étude. Le choix d'utiliser des instruments de mesures quantitatifs avait pour objectif de tenter de valider les résultats de nature qualitative de la présente étude.

6.4.2 Les limites

En ce qui a trait aux limites de l'étude, le petit nombre de participantes (n = 8), qui ont majoritairement été recrutées sur une base volontaire au sein du CAVAC (n = 6) et qui sont majoritairement de genre féminin (n = 7) présente une réalité restreinte qui pourrait s'avérer biaisée. L'échantillon de volontaires constitué (n=8) semble toutefois avoir été satisfaisant du fait qu'il s'approche de la taille de l'échantillon (composée de 10 à 15 participants) suggérée par Kvale (1996) dans Savoie-Zajc (1997) en recherche qualitative afin d'assurer la validité des résultats.

Premièrement, la saturation des données n'a possiblement pas été atteinte dans le cadre de cette étude. Par exemple, du fait qu'aucune des victimes étaient dans les stades 1, 2 ou 3 de leur rétablissement. Ainsi, il est probable que des cas de figure n'aient pas été pris en compte et que les résultats présentés ne dessinent pas toute la variété des expériences de rétablissement de personnes victimes de crimes violents. Il est donc probable que la collecte de nouvelles données aurait, par exemple, apportée d'autres éclairages sur l'objet d'étude (Muchielli,1996).

Deuxièmement, il est possible de croire que les participantes qui ont choisi de partager leur vécu se retrouvent à un stade de rétablissement plus avancé que d'autres victimes qui

ont choisi de ne pas participer à l'étude ou qui ne reçoivent pas de services d'aide du CAVAC. En étant engagées dans des services d'accompagnement social et judiciaire, les participantes de l'étude ont déjà cheminé dans leur processus d'acceptation et de rétablissement. Troisièmement, puisqu'un seul homme a pris part à l'étude, il est difficile de savoir si l'expérience de rétablissement de personnes victimes de crimes violents se présente différemment en fonction du genre.

Enfin, étant donné le devis mixte utilisé dans cette étude, il aurait aussi été pertinent d'utiliser un groupe de comparaison composé de personnes ayant des troubles mentaux similaires à l'échantillon de l'étude, mais qui n'ont pas été victimes de crimes violents. L'intérêt ici aurait été de chercher à observer si les facteurs d'aide ou de nuisance au processus de rétablissement sont convergeants et si ceux-ci s'interinfluencent de manière similaire chez les victimes et les non-victimes.

De plus, il aurait été intéressant de recueillir les données quantitatives de ce groupe de comparaison (les personnes ayant été diagnostiquées pour les mêmes troubles mentaux sans toutefois avoir été victimes de crimes violents) afin de les comparer avec l'échantillon de la présente étude. Cette comparaison aurait aidé à l'interprétation des données quantitatives au STORI (2003) en apportant un supplément d'information quant au stade de rétablissement de deux populations pouvant se trouver en rétablissement, mais n'ayant toutefois pas l'aspect de la victimisation à la suite d'un crime violent en commun.

6.5. Les pistes de recherche à explorer dans le futur et les retombées pour l'intervention sociale

Les paragraphes suivants présenteront trois pistes de recherche à explorer dans le futur afin de suggérer des idées pour pallier aux limites rencontrées dans ce projet de recherche. De plus, quelques retombées pour l'intervention sociales seront proposées.

6.5.1. Les pistes de recherche à explorer

Pour pallier aux limites de l'étude évoquées ci-haut, il aurait premièrement été pertinent de chercher à obtenir la saturation des données qui n'a pas été atteinte dans le cadre de cette étude. Augmenter la taille de l'échantillon à une vingtaine de participantes favoriserait l'atteinte d'une représentativité plus juste des diverses expériences de rétablissement. Ainsi, l'ensemble des cas de figure seraient concrètement pris en compte et les résultats présenteraient la variété des expériences de rétablissement de personnes victimes de crimes violents.

Deuxièmement, il serait intéressant d'explorer d'autres profils de victimes de crimes violents pour comparer des stades de rétablissement de niveau 1, 2 et 3. Il aurait été pertinent de chercher à sélectionner des participantes dans d'autres types de lieu public (p. ex., : dans les bibliothèques, les universités, les cafés, les médias sociaux, etc.,) mais ne s'adressant pas directement aux victimes de crimes violents. Varier les lieux de recrutement pourrait donc aider à documenter divers parcours de rétablissement de personnes victimes de crimes violents. Cela aiderait ainsi à observer d'autres expériences de rétablissement, et ce, à des stades possiblement inférieurs au scores obtenus dans la présente étude pour le STORI.

Enfin, puisqu'un seul homme a pris part à l'étude, il est difficile de savoir si l'expérience de rétablissement des personnes victimes de crimes violents se présente différemment en fonction du genre. Ainsi, il serait pertinent dans une recherche future de documenter l'expérience de rétablissement du genre masculin afin de la comparer à celle du genre féminin de la présente étude. Y-a-il des besoins distinctifs liés à la notion du genre quant au rétablissement des victimes de crimes violents ayant développé des troubles mentaux ? Si les résultats sont significatifs, ils pourraient sensibiliser les intervenants du réseau public et communautaire à réfléchir pratique sociale et à une approche systémique plus adaptée et inclusive des personnes victimes dans leur rétablissement.

6.5.2 Les retombées pour l'intervention sociale

Les résultats de la présente étude ont permis d'identifier des facteurs d'aide ou de nuisance au rétablissement de personnes ayant développé des troubles mentaux à la suite de crimes violents. Il a été remarqué que l'environnement, notamment social a été l'un des facteurs contribuant au rétablissement des participantes de l'étude. En effet, comme rapporté dans l'étude de Caron et Guay (2005), le soutien social est l'une des pierres angulaires de la santé mentale. Malgré les difficultés relationnelles identifiées (p. ex., la confiance en autrui) à la suite de crimes violents vécus il n'en demeure pas moins qu'optimiser la qualité des liens sociaux du microsystème semble être l'une des principales pistes à privilégier.

La population à l'étude semble avoir davantage sollicité le système juridique qu'une population sans procédures liées à une victimisation conséquemment à un crime violent vécu. L'étude qualitative de Van Camp et Wemmers (2011) portant sur la reprise de pouvoir d'agir et la justice réparatrice avait d'ailleurs abordé différentes expériences subjectives de femmes

victimes de crimes violents ayant entamé des procédures judiciaires contre leur agresseur. Il pourrait donc être intéressant d'approfondir la relation des personnes victimes avec le système de justice du fait qu'il a été pour plusieurs participantes un facteur de nuisance à leur processus de rétablissement.

Il a également été observé dans le cadre de cette étude que d'autres facteurs appartenant cette fois-ci plutôt à l'ontosystème des participantes ont aidé à identifier des facteurs ayant contribué au processus de rétablissement de victimes de crimes violents. Ces facteurs ont été liés au développement personnel, soit la quête du mieux-être, la spiritualité et la reprise de pouvoir d'agir. Il pourrait être pertinent de mieux connaître le développement optimal de ces facteurs en approfondissant leur fonctionnement dans l'expérience intersubjective des victimes de crimes violents et leur environnement social. Notamment, la question du sens donné aux événements et son impact sur le processus de rétablissement nous paraîtrait à investiguer.

De plus, les résultats de la présente étude ont aussi permis d'identifier quelques retombées pour l'intervention sociale auprès des victimes de crimes violents. D'abord, deux leviers d'intervention dans le processus de rétablissement de personnes victimes ont été observés et peuvent être considérés au terme de cette étude, soit : a) le soutien social et b) la capacité de résilience. Au terme de l'analyse des résultats de cette étude, il apparaît clairement que ces deux facteurs sont à considérer dans la pratique du travail social auprès des victimes de crimes violents. Du fait notamment qu'il a été possible d'observer que ces personnes doivent avoir un réseau social solidement constitué ainsi qu'une capacité de résilience bien développée pour parvenir à se rétablir du trouble mental développé à la suite de la violence vécue. En effet, les résultats quantitatifs de la Figure 2 le soutien social et la

résilience des participantes au stade 4 de leur rétablissement amènent le questionnement suivant : Est-ce qu'avoir un fort niveau de soutien social dans l'environnement social peut être un facteur de rétablissement suffisant pour compenser au fait d'avoir une faible capacité de résilience sur le plan individuel ?

Mettre de l'emphase sur ces deux facteurs d'aide au rétablissement de personnes fragilisées sur le plan psychologique amène donc à peaufiner l'interventions sociales qui pourrait aller en ce sens. En effet, il serait pertinent de chercher à sensibiliser les intervenants sociaux à l'aide de formations qui portent sur l'importance de considérer les personnes significatives dans le réseau social de personnes victimes de la violence d'autrui. Il serait également important d'évaluer la capacité de résilience de personnes victimes afin de chercher à la développer ou à la consolider à l'aide d'outils d'intervention reconnus et validés par les études. Dans de futures formations offertes aux intervenants sociaux, il pourrait leur être suggéré de tenir compte de ces facteurs afin de les intégrer aux modalités de l'intervention auprès de cette population de personnes victimes.

Par ailleurs, à la lumière des résultats de la présente étude, il serait essentiel d'identifier qui sont les personnes significatives du réseau social des personnes victimes de crimes violents afin de chercher à les impliquer dans le processus de rétablissement de ces dernières. En effet, l'action de « reconnaître » les personnes significatives du réseau social de la population à l'étude semble être une piste d'intervention à privilégier pour stimuler le soutien social et favoriser la capacité de résilience des personnes victimes. Pour ce faire, des situations d'intervention pourrait être offertes afin de générer le déploiement de nouvelles habiletés interpersonnelles (p. ex : l'estime de soi et la confiance en soi et en autrui) au sein du microsystème de la personne.

De plus, dans les programmes du réseau de la santé mentale ainsi que dans ceux des organismes travaillant auprès de personnes victimes de crimes violents, il serait pertinent d'inclure un volet d'intervention qui évoque l'importance de chercher à développer et à maintenir un bon réseau social autour des personnes victimes de crimes violents. Enfin, même si le PASM 2015-2020 (MSSS, 2015) est orienté sur le rétablissement, le soutien social n'a pas été identifié comme étant un facteur central. Les résultats de ce mémoire peuvent donc potentiellement influencer les personnes impliquées dans l'élaboration du prochain plan d'action en santé mentale (p. ex., gestionnaires et décideurs du domaine de la santé publique et professionnelles et intervenants des milieux institutionnels et communautaires) en les amenant à le considérer davantage comme facteur-clé dans le processus de rétablissement.

Enfin, bien que le modèle de Wemmers (2017) pose un regard différent sur le parcours de rétablissement en s'intéressant au statut de victime plutôt qu'à son état de santé mentale, les résultats de ses études livrent des constats similaires quant à l'aide nécessaire provenant du réseau social (p. ex., la famille, les amis et les services d'aide aux victimes) pour se rétablir. Ce besoin de soutien serait donc nécessaire tant pour se rétablir sur le plan de la santé mentale, que pour retrouver un bon fonctionnement social en l'absence de trouble. Conséquemment, dans la pratique du travail social auprès de victimes de crimes violents l'intervenant cherchant à favoriser le rétablissement de ces personnes pourrait s'intéresser à circonscrire la dynamique d'interdépendance systémique entre chaque personne et son environnement social pour mieux l'accompagner, qu'elle ait ou non développé un trouble mental. Il serait intéressant de s'interroger sur la possibilité pour les intervenants d'accompagner les victimes en tentant d'agir à la fois sur leurs facteurs individuels (p.ex., travailler la redéfinition de soi) et sur les facteurs de leur microsystème (p.ex., le soutien

social, en les aidant à intégrer de nouvelles activités pour développer des relations significatives).

CONCLUSION

Au Québec, les crimes violents touchent plusieurs personnes par année et ont des conséquences importantes sur les personnes qui en sont victimes. Ces crimes sont associés à de la détresse psychologique, à des manifestations dépressives, anxieuses, de même qu'à des troubles liés à l'utilisation de substances (OMS, 2014; Norris et Kanisasty,1994), ainsi qu'à des répercussions psychosociales telles que l'évitement, la méfiance, la difficulté à faire confiance (Norris et Kanisasty, 1994). Cela est d'autant plus vrai lorsque les crimes sont commis par une personne de l'encourage. Conséquemment à ces observations, un paradoxe s'impose de lui-même pour la personne victime en rétablissement, soit celui de chercher à conserver des liens sociaux pour faire partie intégrante de la société (Caron et Guay, 2005), et ce, malgré la peur d'être en lien avec l'autre. Malgré ces constats, peu d'études ont posé un regard sur les personnes victimes de crimes violents ayant développé des troubles mentaux et encore moins ont posé un regard sur leur rétablissement.

Cette recherche avait pour objectif de documenter le processus de rétablissement des personnes victimes de crimes violents qui ont développé un trouble mental. Plus particulièrement, elle a cherché à mettre en lumière la contribution du soutien social et de la résilience dans ce processus. Pour répondre aux objectifs de l'étude, un devis descriptif mixte, avec une majeure qualitative, a été utilisé. Pour explorer et documenter le rétablissement des participantes, une entrevue semi-dirigée a été réalisée et trois questionnaires auto-rapportés ont été administrés.

Les principaux résultats de l'étude ont permis de documenter davantage la question du lien social chez les personnes victimes de crimes violents. L'analyse de contenu thématique et les scores obtenus dans le STORI ont montré que les personnes victimes d'un

crime violent ayant développé un TM traversent un processus de rétablissement. Avoir des personnes significatives au sein de son réseau social a permis aux femmes de se sentir considérées, reconnues et valorisées. Chez celles pour qui les personnes significatives étaient moins présentes ou absentes de leur réseau, la capacité de résilience telle que définie par Vanistendael et Lecomte (2000) semble être un facteur ayant favorisé leur rétablissement.

L'optimisation de la qualité des liens sociaux du microsystème (proches, familles, institutions, organismes communautaires, etc.) semble être l'une des principales pistes à privilégier pour soutenir le rétablissement. Il a été observé que les personnes victimes d'un crime violent doivent avoir un réseau social solidement constitué, ainsi qu'une capacité de résilience bien développée pour parvenir à se rétablir du trouble mental développé à la suite de la violence vécue.

À la lumière de ces résultats, le soutien social et la résilience devraient constituer des éléments-clé intégrés dans les programmes de la santé et des services sociaux. La recherche future devrait ainsi s'intéresser à la contribution unique et partagée de chacun de ces facteurs dans le processus de rétablissement de personnes victimes de crimes violents ayant développé des troubles mentaux à la suite de crimes violents. Considérer davantage ces facteurs pourrait aider à guider plus efficacement les interventions à offrir à cette population vulnérable.

RÉFÉRENCES

Allott, P., Loganathan, L. et . Fulford, K.W.M. (BILL). (2002). Discovering Hope for Recovery. Canadian *Journal of Community Mental Health, 21*(2), 13-33.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : dsm-5* (5th ed.). American Psychiatric Association

Amor, L. B., L'Abbé, Y., Morin, P., et Cousineau, D. (2017). *Troubles mentaux chez les enfants et les adolescents: prévenir, repérer tôt, intervenir*. Éditions du CHU Sainte-Justine

Anaut, M. (2008). *La résilience: surmonter les traumatismes*. Armand Colin.

Andresen, R., Caputi, P., et Oades, L. (2006). Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(11-12), 972–980.

Andresen, R., Oades, L. et Caputi, P. (2003). The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*(5), 586-594.

Andrews, B., Brewin, C. R. et Rose, S. (2003). Gender, social support, and PTSD in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 421-427.

Axinn, W. G., Ghimire, D. J., Williams, N. E., et Scott, K. M. (2013). Gender, traumatic events, and mental health disorders in a rural Asian setting. *Journal of health and social behavior*, *54*(4), 444-461.

Babson, K. A., et Feldner, M. T. (2010). Temporal relations between sleep problems and both traumatic event exposure and PTSD: a critical review of the empirical literature. *Journal of anxiety disorders*, *24*(1), 1-15.

Baril, M. (2002). *L'envers du crime.* L'Harmattan.

Barrera Jr, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, *14*(4), 413-445.

Beauregard, L., et Dumont, S. (1996). La mesure du soutien social. *Service social*, *45*(3), 55-76.

Bengtsson-Tops, A., et Ehliasson, K. (2012). Victimization in individuals suffering from psychosis: a swedish cross-sectional study: victimization among patients with psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *19*(1), 23–30.

Bergeron-Leclerc, C., Morin, M. H., Dallaire, B., et Cormier, C. (2019). *La pratique du travail social en santé mentale: Apprendre, comprendre, s' engager*. PUQ

Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., et Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian et New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*(7), 644-653.

Blais, M., et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives, 26*(2), 1-18

Bonsack, C., Morandi, S., Favrod, J., et Conus, P. (2013). Le stigmata de la « folie » : de la fatalité au rétablissement. *Revue medicale suisse, 9*(377), 588-592.

Bourdeau, G. (2012). *Fonctionnement social et rétablissement à la suite d'un premier épisode psychotique* (Ph. D.). Université de Montréal.

Brekke, J. S., Prindle, C., Bae, S. W., et Long, J. D. (2001). Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatric Services (Washington, D.c.), 52*(10), 1358–66.

Brillon, Pascale (2017). *Comment aider les victimes de stress post-traumatique. Guide à l'intention des thérapeutes*. Les Éditions Québec-Livres

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard university press.

Bronfenbrenner, U. (2005). The Bioecological Theory of Human Development (2001). In U. Bronfenbrenner (Ed.), *Making human beings human: Bioecological perspectives on human development* (p. 3–15). Sage Publications Ltd.

Buzawa, E., Hotaling, G. T. et Byrne, J. (2007). Understanding the Impact of Prior Abuse and Prior Victimization on the Decision to Forego Criminal Justice Assistance in Domestic Violence Incidents: A Life-Course Perspective. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 7*(1), 55-76.

Campbell, R., Dworkin, E., et Cabral, G. (2009). An ecological model of the impact of sexual assault on women's mental health. *Trauma, Violence, et Abuse, 10*(3), 225-246

Canady, B. E., et Babcock, J. C. (2009). The protective functions of social support and coping for women experiencing intimate partner abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment et Trauma, 18*(5), 443-458.

Carignan, L. (2011). Principales approches en travail social. Dans D. Turcotte, et JP. Deslauriers (Eds.), *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle* (pp. 145-168), Presses de l'Université Laval.

Carlos, E., et Kluzki, M.D. (2010). Personal Social Networks and Health: Conceptual and Clinical Implications of Their Reciprocal Impact. Families, Systems, et Health, *28*(1), 1-18.

Caron, J. (1996). L'échelle de provisions sociales: une validation québécoise. *Santé Mentale Au Quebec*, *21*(2), 158–80

Caron, J. et Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, *30*(2), 15.

Centre d'aide aux victimes d'actes criminels (2019). *Rapport annuel du CAVAC de Montréal 2018-2019*. https://cavac.qc.ca/wp-content/uploads/2019/09/mtl_rappanl_18_19.pdf

Chapple, B., Chant, D., Nolan, P., Cardy, S., Whiteford, H., et McGrath, J. (2004). Correlates of victimisation amongst people with psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *39*(10), 836-840

Choe, J. Y., Teplin, L. A., et Abram, K. M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, *59*(2), 153-164

Chouinard, J. (2009). Résilience, spiritualité et réadaptation. *Frontières, 22* (1-2), 89–92.

Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec. (2014). *Rapport annuel d'activité 2013 de l'Indemnisation des Victimes d'Actes Criminels (IVAC).* https://www.ivac.qc.ca/a-propos/Documents/Rapport_annuel_IVAC_2013.pdf.

Connor, K. M., et Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the connor-davidson resilience scale (cd-risc). *Depression and Anxiety*, *18*(2), 76–82.

Connor, K. M., Davidson, J. R. T., et Lee, L.-C. (2003). Spirituality, resilience, and anger in survivors of violent trauma: a community survey. *Journal of Traumatic Stress*, *16*(5), 487–494.

Corin, E. (2002). Se rétablir après une crise psychotique : ouvrir une voie? retrouver sa voix? *Santé Mentale Au Québec*, *27*(1), 65–82.

Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C. et Côté, G. (2015). The National Trajectory Project of individuals found not criminally responsible on account of mental disorder in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, *60*(3), 96-97.

Cusson, M., Guay, S., Proulx., J., et Cortoni, F. (2013) *Traité des violences criminelles. Les questions posées par la violence, les réponses de la science*. Hurtubise

Cutrona, C. E., et Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. In B. R. Sarason, I. G. Sarason, et G. R. Pierce (Eds.), *Wiley series on personality processes. Social support: An interactional view* (p. 319–366). John Wiley et Sons

Cyr, K. et Wemmers, J.-A. (2011). Empowerment des victimes d'actes criminels. *Criminologie, 44*(2), p.125-155.

Cyrulnik, B. (2013). *La résilience, un processus multicausal. Revue française des affaires sociales*, 1 (1-2), 15-19. http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2013-1-page-15.htm.

Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia* (Vol. 7). NYU Press.

Davidson, L., Roe, D., Andres-Hyman, R., et Ridgway, P. (2010). Applying stages of change models to recovery from serious mental illness: contributions and limitations. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *47*(3), 213–21

De Singly, F. (1998). Individualisme et lien social. *Lien social et Politiques, (39*), 33-45.

Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal, 11*(4), 11-19.

Deegan, P. E. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work In Health Care, 25*(3), 11-24.

Deegan, P. E. (2002). Recovery as a Self-Directed Process of Healing and Transformation. Occupational *Therapy in Mental Health, 17*(3-4), 5–21.

Deegan, P.E. (2007). Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation. *Le partenaire, 15*(1), 13-18.

Defrain, F. (2016). Favoriser la participation des usagers à leur processus de rétablissement. *Pratiques En Santé Mentale, 62e Année*(2), 23–23.

deRoon-Cassini, T. A., Mancini, A. D., Rusch, M. D., et Bonanno, G. A. (2010). Psychopathology and resilience following traumatic injury: a latent growth mixture model analysis. *Rehabilitation psychology*, *55*(1), 1

Deslauriers, J. P. (2005) La recherche qualitative. Dans S. Bouchard et C. Cyr (Eds). *Recherche psychosociale : Pour harmoniser recherche et pratique* (pp.407-433). Presses de l'Université du Québec.

Deslauriers, J. P. et Kérisit, M. (1997). Le devis de la recherche qualitative. Dans J. Poupart, J. P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, et A. P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative: Enjeux épistémiologiques et méthodologiques* (p. 87-111). Gaëtan Morin.

Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative, Guide pratique.* McGraw-Hill.

Doré, I., et Caron, J. F. (2017). Santé mentale: concepts, mesures et déterminants. *Santé Mentale Au Québec*, *42*(1), 125–146.

Drapeau, S. (2008). *L'approche bioécologique du développement humain. L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables*. Canada: Presses de l'Université du Québec.

Duplantier, M. (2011). *Le concept de rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie : prise en compte et implications pour la pratique courante).* Université de Grenoble (France). http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00639268.

Dutton, M. A. et Greene, R. (2010). Resilience and crime victimization. *Journal Of Traumatic Stress*, *23*(2), 215-222.

Eldridge, M. M. (2017). *Voices of sex trafficking: Illuminating the exit and recovery process* (Doctoral dissertation, Adler School of Professional Psychology).

Elias, M. (1981). Serum cortisol, testosterone, and testosterone-binding globulin responses to competitive fighting in human males. *Aggressive Behavior*, *7*(3), 215-224.

Feeney, B. C. et Collins, N. L. (2015). A New Look at Social Support. *Personality and Social Psychology Review*, *19*(2), 113-147.

Fortin, K. (2012). *La signification de la santé mentale dans le cadre de l'expérience du rétablissement chez des adultes vivant avec une maladie mentale* (M.Sc.). Université du Québec à Chicoutimi (Canada), Ann Arbor.

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (2nd edition). Chenelière Éducation

Frenette, M., Boulebsol, C., Lampron, E-M., Chagnon, R., Cousineau, M-M., Dubé, M., Lapierre, S., Sheehy, E., Regroupement des maisons pour femmes victimes de violence conjugale, Fédération des maisons d'hébergement pour femmes, Regroupement québécois des CALACS, Concertation des luttes contre l'exploitation sexuelle., et Gagnon, C. (2018) *Femmes victimes de violence et système de justice pénale : expériences, obstacles et pistes de solution*. http://sac.uqam.ca/upload/files/Rapport_femmes_violence_justice.pdf

Gariépy, J., et Rizkalla, S. (2002). *Criminologie générale* (2e édition). Modulo.

Goodman, L. A., Thompson, K. M., Weinfurt, K., Corl, S., Acker, P., Mueser, K. T. et Rosenberg, S. D. (1999). Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *Journal of Traumatic Stress, 12*(4), 587-599.

Gouvernement du Québec (2013). *Rapport annuel de gestion 2013-2014*. https://www.securitepublique.gouv.qc.ca/ministere/publications-et-statistiques/rapports-annuels/2013-2014/en-ligne.html

Green, D. L., et Roberts, A. R. (2008). *Helping victims of violent crime: Assessment, treatment, and evidence-based practice*. Springer Publishing Company.

Guay, S., et Marchand, A. (2006). *Les troubles liés aux événements traumatiques: dépistage, évaluation et traitements*. PUM.

Hanson, R. F. et Self-Brown, S. (2010). Screening and assessment of crime victimization and its effects. *Journal Of Traumatic Stress*, *23*(2), 207-214.

Hanson, R. F., Sawyer, G. K., Begle, A. M. et Hubel, G. S. (2010). The impact of crime victimization on quality of life. *Journal Of Traumatic Stress*, *23*(2), 189-197.

Harding, C. M., et Zahniser, J. H. (1994). Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *90*(S384), 140–146.

Hiday, V. A., Swartz, M. S., Swanson, J. W., Borum, R., et Wagner, H. R. (1999). Criminal victimization of persons with severe mental illness. *Psychiatric services*, *50*(1), 62-8.

Hill, J. K. (2003). *Réaction des victimes au traumatisme et conséquences sur les interventions : Étude et synthèse de la documentation* (Rapport No. RR03VIC-2f). Ministère de la justice.

Huberman, M.A., et Miles, M.B. (1990). *Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes*. De Boeck-Wesmael

Institut de la Statistique du Québec (2015). *La victimisation de la population québécoise : victimisation criminelle et cybervictimisation*. https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/securite/victimisation/victimisation.pdf

Institut National de Santé Publique du Québec. (2018). *Rapport québécois sur la VIOLENCE et la santé*.https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf

Janke, K., Propper, C., et Shields, M. A. (2016). Assaults, murders and walkers: The impact of violent crime on physical activity. *Journal of health economics*, *47*(1), 34-49.

Josse, É. (2014). *Le traumatisme psychique chez l'adulte*. De Boeck Supérieur

Kaniasty, K. et Norris, F. (1992). Social support and victims of crime: Matching event, support, and outcome. *American Journal of Community Psychology, 20*(2), 211-241.

Katsikidou, M., Samakouri, M., Fotiadou, M., Arvaniti, A., Vorvolakos, T., Xenitidis, K. et Livaditis, M. (2013). Victimization of the severely mentally ill in Greece: The extent of the problem. *International Journal of Social Psychiatry, 59*(7), 706-715.

Kazantzis, N., Flett, R. A., Long, N. R., MacDonald, C., Millar, M. et Clark, B. (2010). Traumatic events and mental health in the community: a New Zealand study. *Int J Soc Psychiatry*, *56*(1), 35-49.

Kent, M., et Davis, M. C. (2010). The Emergence of Capacity-Building Programs and Models of Resilience. In J.W. Reich, Zautra, A. et Hall, J. S. (Eds.), *Handbook of Adult Resilience* (pp. 427 – 449). Guilford Press.

Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., et Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, *52*(12), 1048–60

Koenig, M. (2016). *Le rétablissement dans la schizophrénie: un parcours de reconnaissance*. Presses universitaires de France.

Koenig, M. (2017). Le rétablissement dans la schizophrénie: une transformation longtemps silenciée. *Rhizome,* (3), 8-9

Kvale, S. (1996). The 1,000-page question. *Qualitative Inquiry*, *2*(3), 275–284.

L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale de contenu. Méthode GPS et concept de soi.* Québec : P.U.Q.

Lachance, G. (2012). *Expérience spirituelle et expérience de rétablissement en santé mentale: étude descriptive en vue d'une thérapeutique spirituelle.* (Dissertation doctorale). Université de Laval.

Lagdon, S., Armour, C., et Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, *5*(1). Article 24794.

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., et Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, *199*(6), 445-452.

Lemos-Giráldez, S., García-Alvarez, L., Paino, M., Fonseca-Pedrero, E., Vallina-Fernández, O., Vallejo-Seco, G., ... et Barajas, A. (2015). Measuring stages of recovery from psychosis. *Comprehensive psychiatry*, *56*, 51-5

Liberman R. P., Kopelowicz A. (2005). Recovery from schizophrenia: a criterion-based definition. In R.O Ralph et Corrigan, P.W (eds). *Recovery in mental illness: broadening our understanding of wellness.* American Psychological Association.

Lietz, C. A., Hayes, M. J., Cheung, J., et Lacasse, J. R. (2014). The role of services in mental health recovery: a qualitative examination of service experiences among individuals diagnosed with serious mental illness. *Journal of the Society for Social Work and Research*, *5*(2), 161–188.

Lopez, G. et Guay, S. (2013). Maltraitance, criminalité, troubles de la personnalité. In Cusson, M., Guay, S., Proulx, J. et Cortoni, F. (Eds.) *Traité des violences criminelles : Les questions posées par la violence, les réponses de la science*. (pp. 573-585). Editions Hurtubise

Louville, P. et Salmona, M. (2013). Traumatismes psychiques: conséquences cliniques et approche neurologique. *Revue Santé mentale,* (176). http://www.memoiretraumatique.org/assets/files/Documents-pdf/Louville-Salmona-syndrome-sychotraumatique.pdf.

Maniglio, R. (2009). Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *119*(3), 180-191

Marty, L., Franck, N., et Martin, B. (2014). Comment comprendre le processus de rétablissement de pathologies psychiatriques sévères? *Pratiques en santé mentale*, *60*(2), 47-53.

McCubbin, M., et Cohen, D. B. Dallaire (2003). *Obstacles à l'empowerment en travail social: vers un changement professionnel dans les interventions en santé mentale*. Empowering practice in mental health social work: Barriers and challenges. GRASP Working Space Series, 30, 31. Montréal: Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention. http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.199.7629etrep=rep1ettype=pdf

Mikkonen, J., et Raphael, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé: les réalités canadiennes*. École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.

Miles, M. B., et Huberman, A. M. (1990). Animadversions and reflections on the uses of qualitative inquiry. Dans E. Elliot et Peshkin, A (Eds.) *Qualitative inquiry in education: The continuing debate* (pp. 339-357). Teachers College Press.

Miles, M. B., et Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*. De Boeck Supérieur.

Ministère de la Santé et des services sociaux. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2001. La force des liens*.: www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html

Ministère de la Santé et des services sociaux. (2015). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Faire ensemble et autrement*. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf

Ministère de la sécurité publique du Québec. (2015). *Criminalité au Québec. Principales tendances2013*.,http://www.securitepublique.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/police/statistiques/criminalite/2013/criminalite_2013.pdf

Morandi, A., Davis, D., Taylor, J. K., Bellelli, G., Olofsson, B., Kreisel, S., ... et Agar, M. (2013). Consensus and variations in opinions on delirium care: a survey of European delirium specialists. *International psychogeriatrics*, *25*(12), 2067-2075.

Ninacs, A. M., et Carleton university. Art Gallery (Ottawa, Ont.). (2008). *Invention et Revival: The Colour Drypoints of David Milne et John Hartman*. Carleton University Art Gallery

Norris, F. H. et Kaniasty, K. (1994). Psychological distress following criminal victimization in the general population: Cross-sectional, longitudinal, and prospective analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*(1), 111-123.

Norris, F. H., Kaniasty, K. et Thompson, M. P. (1997). The psychological consequences of crime: Findings from a longitudinal population-based study. Dans R. C. Davis, A. J. Lurigio et W. G. Skogan (Éds.), *Victims of crime* (2nd ed.) (pp. 146-166). Sage Publications.

Onken, S. J., Craig, C. M., Ridgway, P., Ralph, R. O. et Cook, J. A. (2007). An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 31*(1), 9-22.

Organisation Mondiale de la Santé (2002). *Rapport mondial sur la violence et santé.* https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/

Organisation Mondiale de la Santé (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020.* https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf?sequence=1

Paugam, S. (2008). *Le lien social*. Presses Universitaires de France.

Peres, J. F., Moreira-Almeida, A., Nasello, A. G., et Koenig, H. G. (2007). Spirituality and resilience in trauma victims. *Journal of religion and health*, *46*(3), 343-350.

Piat, M., et Lal, S. (2012). Service providers' experiences and perspectives on recovery-oriented mental health system reform. *Psychiatric rehabilitation journal*, *35*(4), 289.

Pierce, G.R., I.G. Sarason et Sarason, B.R. (1996). Coping and Social Support. Dans M. Zeider et N.S. Endler (Eds.) *Handbook of Coping : Theory, Research, Applications, New York* (pp. 434-451). John Wiley et Sons.

Pill, N., Day, A., et Mildred, H. (2017). Trauma responses to intimate partner violence: a review of current knowledge. *Aggression and Violent Behavior, 34*, 178–184.

Poirel, M. L., Weiss, B., Khoury, E., et Clément, M. (2015). Entre pressions normatives et résistances: L'intégration dans la collectivité des personnes vivant avec un problème de santé mentale. *Nouvelles pratiques sociales*, *27*(2), 193-207.

Provencher, H., et Keyes, C. L. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'information psychiatrique, 86*(7), 579-589.

Provencher, L. H. (2007). Le paradigme du rétablissement: 1. Une expérience de santé globale. *Le partenaire, 15*(1), 4-12.

Provencher, H. L. (2002). L'expérience du rétablissement: perspectives théoriques. *Santé Mentale Au Québec, 27*(1), 35-64.

Rossi, C. et Cario, R. (2013). Les conséquences des violences criminelles sur les victimes et leurs proches. Dans M. Cusson et coll. (eds.), *Traité des violences criminelles* (p. 527-554). Hurtubise.

Saldaña, J. (2015). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage

Savoie-Zajc, L. (1997). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (pp. 263-285). Presses de l'Université du Québec.

Schön, U.-K., Denhov, A. et Topor, A. (2009). Social Relationships as a Decisive Factor in Recovering From Severe Mental Illness. *International Journal of Social Psychiatry, 55*(4), 336-347.

Sheridan AJ, J Drennan, Coughlan B, D O'Keeffe, Frazer K, Kemple M, Alexander D, Howlin F, A Fahy, Koe V, O'Callaghan E. (2015). Improving social functioning and reducing social isolation and loneliness among people with enduring mental illness: Report of a randomised controlled trial of supported socialisation, *International Journal Social Psychiatry, 61*(3): 241-250.

Sluzki, C. E. (2010). Personal social networks and health: Conceptual and clinical implications of their reciprocal impact. *Families, Systems, et Health*, *28*(1), 1-18.

Spaniol, L., Wewiorski, N. J., Gagne, C. et Anthony, W. A. (2002). The process of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry, 14*(4), 327-336.

Spencer, C., Beck, A. R., Stith, S. M., Mallory, A. B., Cafferky, B. M., et Kimmes, J. G. (2019). Mental health factors and intimate partner violence perpetration and victimization: a meta-analysis. *Psychology of Violence, 9*(1), 1–17.

St-Jean-Trudel, E. (2009). *Le soutien social et l'anxiété: les prédicteurs de la santé mentale et validation d'un nouvel instrument de mesure* (Doctoral dissertation). Université du Québec à Montréal.

St-Onge, M., Provencher, H. et Ouellet, C. (2005). Entendre des voix: nouvelles voies ouvrant sur la pratique et la recherche. *Santé mentale au Québec, 30*(1), 125-150.

Starnino, V. R. (2009). An integral approach to mental health recovery: implications for social work. *Journal of Human Behavior in the Social Environment, 19*(7), 820–842.

Streeter, C. L., et Franklin, C. (1992). Defining and measuring social support: Guidelines for social work practitioners. *Research on Social Work Practice*, *2*(1), 81-98.

Statistique Canada (2019). *Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2018*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2019001/article/00013-fra.htm

Statistique Canada. (2015). *La victimisation criminelle au Canada, 2014*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2015001/article/14241-fra.pdf

Statistique Canada. (2014a). *Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2013*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2014001/article/14040-fra.htm

Statistique Canada (2014b). *Les armes à feu et les crimes violents au Canada, 2012*. (no 85-002-X au catalogue de Statistique Canada). https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2014001/article/11925-fra.pdf?st=ZSsAiLNP

Statistique Canada (2010). *La victimisation criminelle au Canada, 2009*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/85-002-x2005007-fra.pdf?st=HHSPOmyJ

Statistique Canada (2005). *La victimisation criminelle au Canada, 2004*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/85-002-x2005007-fra.pdf?st=HHSPOmyJ

Statistique Canada (2000). *La victimisation criminelle au Canada, 1999*. https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/85-002-x2000010-fra.pdf?st=PZj_thBE

Steenkamp, M. M., Dickstein, B. D., Salters-Pedneault, K., Hofmann, S. G., et Litz, B. T. (2012). Trajectories of ptsd symptoms following sexual assault: is resilience the modal outcome? *Journal of Traumatic Stress*, *25*(4), 469–74.

Teasdale, B. (2009). Mental disorder and violent victimization. *Criminal Justice and Behavior*, *36*(5), 513-535

Teche, S. P., Barros, A. J. S., Rosa, R. G., Guimarães, L. P., Cordini, K. L., Goi, J. D., ... et Freitas, L. H. (2017). Association between resilience and posttraumatic stress disorder among Brazilian victims of urban violence: a cross-sectional case-control study. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, *39*(2), 116-123.

Tew, J., Ramon, S., Slade, M., Bird, V., Melton, J., et Le Boutillier, C. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of the evidence. *The British Journal of Social Work*, *42*(3), 443–460.

Tooth, B., Kalyanasundaram, V., Glover, H., et Momenzadah, S. (2003). Consumers, Services and Recovery Factors consumers identify as important to recovery from schizophrenia. *Australasian Psychiatry, 11,* S70.

Topor, A., Borg, M., Mezzina, R., Sells, D., Marin, I. et Davidson, L. (2006). Others: the role of family, friends, and professionals in the recovery process. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation, 9*(1), 17-37.

Tremblay, J. P. (2014). *La perception des intervenants psychosociaux en regard de la place des pères dans les services* (Doctoral dissertation) Université du Québec en Outaouais.

Turgeon, J. (2003, Mai). *État de la situation chez les femmes qui consultent des ressources d'aide au Québec*. Présentation au colloque Femmes, Psychiatrie et Victimisation secondaire, Québec. https://cddm.weebly.com/uploads/6/2/3/9/6239965/actesv2module2.pdf

Vanistendael, S., et Lecomte, J. (2000). *Le bonheur est toujours possible: construire la résilience*. Bayard.

Vaux, A. (1988). *Social Support. Theory, Research, and Intervention*. Praeger.

Vaux, A. (1992). Assessment of Social Support. Dans H.O.F. Veiel et U. Baumann (Eds.), *The Meaning and Measurement of Social Support* (pp. 193-216). Hemisphere Publishing Corporation

Vignaud, A. (2017). La pair-aidance en psychiatrie : se rétablir, innover et donner du sens. *Annales Medico-Psychologiques*, *175*(8), 736–740.

Wathen, N. (2012). *Health Impacts of Violent Victimization on Women and Their Children.* Department of Justice Canada. https://canada.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/rr12_12/rr12_12.pdf

Weeks, G., Slade, M., et Hayward, M. (2011). A UK validation of the stages of recovery instrument. *International Journal of Social Psychiatry*, *57*(5), 446-454.

Wemmers, J. A. M. (2003). *Introduction à la victimologie.* Les Presses de l'Université de Montréal.

Wemmers, J.A. M. (2017). *Victimologie. Une perspective Canadienne.* Les presses de l'Université du Québec.

Wemmers, J. A., et Cyr, K. (2006). What fairness means to crime victims: A social psychological perspective on victim-offender mediation. *Applied Psychology in Criminal Justice*, *2*(2), 102-128.

Whitley, R., et Drake, R. E. (2010). Recovery: a dimensional approach. *Psychiatric services*, *61*(12), 1248-1250.

William, G. A., Dirgha, J. G., Nathalie, E. Williams, et Kate, M. Scott. (2013). Gender, Traumatic Events, and Mental Health Disorders in a Rural Asian Setting. *Journal of Health and Social Behavior*, *54*(4), 444-461.

Young, S. L. et Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *22(*3), 219-231.

Annexe 1 : Aide mémoire des intervenants du CAVAC

1er CONTACT TÉLÉPHONIQUE

Introduction

1.! Écouter et répondre aux questions de la personne, si elle démontre un intérêt à y participer…

Revenir sur les critères d'admissibilité :

1)! Êtes âgés de 18 ans et plus ;
2)! Avez vécu un voie de fait, une agression sexuelle ou un vol qualifié (ou plusieurs) ;
3)! Avez reçu un premier diagnostic de trouble mental (p. ex. dépression, trouble d'anxiété généralisé, état de stress post-traumatique, etc.) après la date à laquelle est survenu ce crime ;
4)! Comprenez suffisamment le français pour réaliser une entrevue et répondre à un questionnaire ;
5)! Êtes disponible pendant 2 heures.

Aborder pourquoi participer à cette étude… écouter la personne ajouter au besoin :

« Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais il nous est impossible de vous en assurer.

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension de la manière dont les personnes victimes d'un crime violent qui se rétablissent.

Les résultats de l'étude pourront vous être utiles pour mieux comprendre le cheminement que vous traversez et ultimement pour permettre une meilleure orientation des services d'aide que vous recevez. »

2.! **Présenter brièvement l'étude,** notamment **à l'aide** des objectifs **spécifiques** :

« Ce projet de recherche vise ainsi à décrire les différents facteurs qui entrent en jeu dans le rétablissement des personnes victimes de crimes violents qui ont développé un trouble mental. Plus spécifiquement, il vise l'atteinte de cinq objectifs spécifiques. » :

1.! Décrire les répercussions des crimes violents sur la santé mentale ;
2.! Décrire les facteurs individuels qui influencent positivement et négativement le rétablissement de personnes victimes de violence et ayant développé des troubles mentaux ;
3.! Décrire les facteurs environnementaux qui influencent positivement et négativement le rétablissement des personnes victimes de violence et ayant développé des troubles mentaux ;
4.! Identifier les personnes ayant eu un impact significatif dans le rétablissement des personnes victimes de violence et ayant développé des troubles mentaux ;
5.! Décrire le soutien apporté par ces personnes significatives à travers les différents stades du rétablissement.

3.! **Le lieu de la rencontre sera convenu d'un accord m** utuel :

« Vous aurez à vous déplacer à une rencontre de deux heures dans une salle privée d'un lieu public (p.ex. suggérer la grande bibliothèque BAnQ dans un local réservé au nom d'Isabel Gauthier), métro Béri-UQAM. »

4.! Informer **à** nouveau la personne du montant de 20$ **prévu** pour couvrir p. ex. s**es frais de déplacement.**

5.! Bref retour sur les **étapes** de la rencontre (repréciser que la durée sera de 2 heures) en lui demandant si elle a des questions quant au **déroul**ement :

1)! Compléter 1 fiche de renseignements personnels liés à mes habitudes de vie ;
2)! Répondre à trois questionnaires écrits portant sur le soutien social et le rétablissement ;
3)! Réaliser une entrevue de 60 minutes à ces sujets qui sera enregistrée sur un appareil audio pour qu'elle soit par la suite retranscrite.

6.! Confidentialité, droit de retrait et **éthique de la recherche** :

- « Les renseignements recueillis sont confidentiels et seront rendus anonymes *(code alphanumérique)* avant d'être diffusés. »
- « Seule l'équipe de recherche aura accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. »
- « À tout moment, il vous sera possible de vous retirer de l'étude. »
- Précisez que : « Cette étude rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAC. »

Conclusion

7.! Demander si **l'intérêt d'y** participer **est encore présent** :

Scénario 1 : Si la réponde est NON, remercier la personne pour l'intérêt porter à l'étude et lui souhaiter une bonne journée !

Scénario 2 : Si la réponse est OUI, planifier et convenir de l'heure et de la date à laquelle cette rencontre aura lieu. Remercier la personne de l'intérêt porté à l'étude et lui souhaiter bonne journée !

Annexe 8 : Aide-mémoire pour les intervenants du CAVAC

ÉTUDE SUR LE RÉTABLISSEMENT DE PERSONNES VICTIMES DE CRIMES VIOLENTS

Titre	Nom	Coordonnées
Étudiante-chercheure	Isabel Gauthier	514 xxx-xxxx isabel.gauthier@uqac.ca
Directrice de recherche	Christiane Bergeron-Leclerc, Ph.D	418-545-5011 ext. 4230 christiane_bergeron-leclerc@uqac.ca

1. Pour être inclus dans l'étude, les participants devront répondre aux critères suivants :

a) être âgés de 18 ans et plus ;

b) avoir vécu un type de violence contre la personne p. ex. voies de fait, agression sexuelle, vol qualifié (ou plusieurs) ;

c) avoir reçu un premier diagnostic de trouble mental (**p. ex. dépression, trouble d'anxiété généralisé, état de stress post-traumatique, etc.)** après la date à laquelle est survenu l'épisode de violence pour lequel cette personne fait l'objet d'un suivi au CAVAC ;

d) avoir la capacité de donner un consentement éclairé à la recherche (ne pas être un majeur inapte au sens de la Loi sur le Curateur public du Québec) ;

e) maîtriser suffisamment la langue française pour pouvoir réaliser une entrevue d'une durée de deux heures.

2. Implications pour les intervenants du CAVAC

Aider la responsable dans le recrutement en faisant la promotion de l'étude auprès de participants potentiels.

3. Procédures suggérées pour le recrutement :

- Identifier parmi vos clients, les personnes qui correspondent aux critères d'inclusion de l'étude.
- À votre prochaine rencontre avec ces personnes, leur parler de la recherche (ce que leur participation implique).
- Si elles semblent intéressées, leur proposer de contacter la personne responsable (Isabel Gauthier) pour qu'elle leur explique la recherche plus en détail.
- Transmettre aux clients intéressés le dépliant de l'étude avec les coordonnées de la responsable.
- Vous êtes invités à parler de l'étude à chaque nouvelle personne entrant dans le service.

Implications pour les participants (à expliquer aux participants potentiels) :

- Une rencontre, d'une durée maximale de 2 heures, dans un lieu publique proposé par la responsable du projet (p. ex. local réservé à la grande bibliothèque).
- Lors de cette rencontre ils devront compléter :
  - 1 fiche de renseignements personnels sur vos habitudes de vie ;
  - 3 questionnaires écrits ;
  - 1 entrevue enregistrée audio (durée 1 heure).

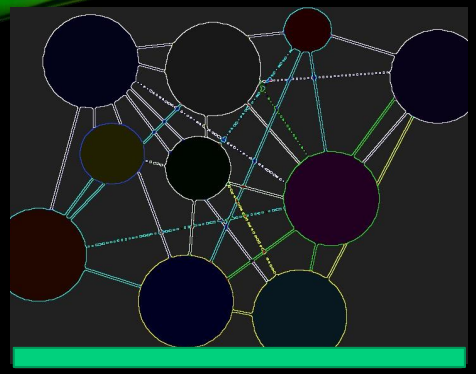
Pour susciter l'intérêt de la personne :

- Expliquer que la recherche vise à améliorer les services qu'elle reçoit ;
- Qu'il peut s'agir d'une expérience personnelle enrichissante ;
- Qu'elle va contribuer à améliorer les connaissances sur les services en santé mentale ;
- Que tout le processus est strictement confidentiel ;
- Qu'elle va recevoir un montant de 20 $ pour couvrir (p. ex**.** frais de déplacement).

Annexe 2 : Dépliant Explicatif

Puis-je y participer?

1) Je suis âgés de **18 ans et plus** ;
2) J'ai vécu **un voie de fait, une agression sexuelle ou un vol qualifié** (ou plusieurs);
3) J'ai reçu un premier **diagnostic de trouble mental** (p. ex. dépression, trouble d'anxiété généralisé, état de stress post-traumatique, etc.) **après** la date à laquelle est survenu ce crime;
4) **Je comprends suffisamment le français** pour réaliser une entrevue et répondre à un questionnaire;
5) Je suis disponible pendant **2 heures.**



En quoi consistera ma participation ?

Une rencontre, d'une durée maximale de **120 minutes**, dans un lieu choisi entre moi et la chercheure.

Lors de cette rencontre, j'aurai à compléter une fiche de renseignements personnels et trois questionnaires. De plus, je serai invitée à m'exprimer sur mon parcours de rétablissement. Cette portion de la rencontre sera enregistrée.

Une fois la rencontre terminée, on me remettra 20$ pour couvrir mes frais de déplacement.

Pourquoi y participer ?

- Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais il nous est impossible de vous en assurer.
- Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension de la manière dont les personnes victimes d'un crime violent qui se rétablissent.
- Les résultats de l'étude pourront vous être utiles pour mieux comprendre le cheminement que vous traversez et ultimement pour permettre une meilleure orientation des services d'aide que vous recevez.

Annexe 3 : Affiches promotionnelles

Annexe 4 : Fiche signalétique

2

(

Fiche(signal**é**tique(

(

Cette(fiche(comprend(50(questions(li**é**es(**à**(vos(caract**é**ristiques(personnelles,(habitudes(de(vie,(consommation,(**é**tat(de(sant**é**(et(votre(utilisation(des(services.(Nous(vous(demandons(de(r**é**pondre(**à**(toutes(les(questions,(au(meilleur(de(votre(connaissance,(en(vous(rappelant(qu**'**il(n**'**y(a(pas(de(bonnes(ou(de(mauvaises(r**é**ponses."

(

CODE(DU(PARTICIPANT(:(_____(

"

SECTION(A(:(DONN**É**ES(SOCIOD**É**MOGRAPHIQUES(

"

"

Date":"____/___/___"

Jour"mois"Anné"

1." Genre":"

- "Femme'"
- "Homme"
- "Autre"
- "Je"ne"désire"pas"répondre"

"

2." Date"de"naissance":"____/___/___"

Jour"mois"Année"

3." Statut"civil":"

- "Célibataire"
- "Conjoint(e)"de"fait"
- "Marié(e)"
- "Divorcé(e)"
- "Veuf"(ve)"

"

4." J'habite":"

- "Seul(e)"
- "Avec"un"ou"des"colocataires"
- "Avec"mon/ma"conjoint(e)"
- "Avec"mes"enfants"
- "Avec"mon/ma"conjoint(e)"et"mes"enfants'"
- "Avec"mes"enfants"en"garde"partagée"
- "Avec"mon/ma"conjoint(e)"et"mes"enfants"en"garde"partagée"
- "Avec"un"membre"de"ma"famille"proche"ou"élargie"(p.ex."père,"oncle,"cousine)"
- "Avec"des"résidents"(utilisateurs"d'un"service"ou"d'une"ressource"d'aide)"

"

"

"

"

"

5. J'habite dans quel type de milieu :
   - ❑ Un appartement
   - ❑ Une chambre
   - ❑ Une chambre avec pension
   - ❑ Une maison unifamiliale
   - ❑ Une maison intergénérationnelle
   - ❑ Un centre d'hébergement
   - ❑ Un centre hospitalier
   - ❑ Une maison de transition
   - ❑ Une ressource de type familial (RTF) ou une ressource intermédiaire (RI)
   - ❑ Autre, précisez : _____

6. J'habite à cet endroit depuis : _____ (préciser l'année ou la durée)

7. Le dernier diplôme que j'ai obtenu :
   - ❑ Études secondaires
   - ❑ Études professionnelles _____
   - ❑ Études collégiales
   - ❑ Études de premier cycle universitaire (Baccalauréat ou Certificat) _____
   - ❑ Études de deuxième cycle universitaire (Maîtrise ou DESS) _____
   - ❑ Études de troisième cycle universitaire (Doctorat) _____
   - ❑ Autre, précisez :_____

8. Ma situation professionnelle :
   - ❑ Sans emploi
     - ❑ Étudiant
     - ❑ Prestataire d'assurance-emploi
     - ❑ Prestataire d'aide sociale
     - ❑ Sans prestation
   - ❑ Avec emploi à temps partiel
   - ❑ Avec emploi à temps plein

9. Ma principale source de revenus :
   - ❑ Revenus d'emploi
   - ❑ Prestataire d'assurance-emploi
   - ❑ Prestataire d'aide sociale (aide de dernier recours)
   - ❑ Prestataire d'une indemnisation des victimes d'actes criminels (IVAC)
   - ❑ Prestataire de l'aide financière aux études
   - ❑ Prestataire d'un régime de retraite
   - ❑ Prestataire d'une rente d'invalidité
   - ❑ Autre principale source, précisez :_____

SECTION B : HABITUDES DE VIE

10. **Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait(e) :**

A- De votre alimentation

- ❑ Très satisfait
- ❑ Satisfait
- ❑ Insatisfait
- ❑ Très insatisfait

B- De votre niveau d'activité physique

- ❑ Très satisfait
- ❑ Satisfait
- ❑ Insatisfait
- ❑ Très insatisfait

C- De votre sommeil

- ❑ Très satisfait
- ❑ Satisfait
- ❑ Insatisfait
- ❑ Très insatisfait

11. Mon alimentation est :

- ❑ Variée (fruits et légumes, viandes ou légumineuse, céréales, produits laitiers)
- ❑ Un peu variée
- ❑ Pas du tout variée

12. Par jour, je mange :

- ❑ 1 à 2 repas
- ❑ 3 repas
- ❑ Je mange souvent 4 repas
- ❑ 5 repas et plus

13. Je fais de l'activité physique :

- ❑ De 4 à 7 fois par semaine
- ❑ De 2 à 4 fois par semaine
- ❑ De 1 à 2 fois par semaine
- ❑ De 1 à 2 fois par mois
- ❑ Jamais

14. Mes habitudes de sommeil sont :

- ❑ Très satisfaisante
- ❑ Satisfaisante
- ❑ Insatisfaisante
- ❑ Très insatisfaite

15. En moyenne, je dors par jour : _____

16. Je fais de l'insomnie :
   - Oui, précisez la fréquence par semaine : _____
   - Non

17. Quel est mon degré de satisfaction face à mon réseau social ?
   - Très satisfait
   - Plutôt satisfait
   - Plutôt insatisfait
   - Très insatisfait

18. Quelles est ou sont la ou les personnes significatives dans mon réseau social ?
   Précisez le type de lien social dans cette relation, s'il y a lieu.
   - Parent : _____
   - Ami : _____
   - Conjoint : _____
   - Intervenant des services sociaux : _____
   - Intervenant des services de la santé : _____
   - Intervenant d'un organisme communautaire : _____
   - Voisin : _____
   - Connaissance : _____
   - Collègue de travail : _____
   - Autre, précisez : _____

19. Comment je qualifie ma/mes relation(s) avec cette/ces personne ?
a) Type de lien : _____
   - Très bons ou bons contacts tout le temps
   - Très bons ou bons contacts la plupart du temps
   - Très bons ou bons contacts quelquefois
   - Rarement de très bons ou bons contacts
   - Jamais de très bons ou bons contacts

b) Type de lien : _____
   - Très bons ou bons contacts tout le temps
   - Très bons ou bons contacts la plupart du temps
   - Très bons ou bons contacts quelquefois
   - Rarement de très bons ou bons contacts
   - Jamais de très bons ou bons contacts

c) Type de lien : _____

- ❑ Très bons ou bons contacts tout le temps
- ❑ Très bons ou bons contacts la plupart du temps
- ❑ Très bons ou bons contacts quelquefois
- ❑ Rarement de très bons ou bons contacts
- ❑ Jamais de très bons ou bons contacts

20. Quel est mon niveau de satisfaction par rapport à ce soutien social reçu ?

- ❑ Très satisfait
- ❑ Plutôt satisfait
- ❑ Plutôt insatisfait
- ❑ Très insatisfait

SECTION C : CONSOMMATION
Les questions 22 à 35 sont tirées de Tremblay, J, Blanchette-Martin, N. (2009)

21. Je fume la cigarette, le cigare. Nombre en moyenne par jour :_____

- ❑ Je ne fume pas la cigarette, le cigare

22. Fréquence de consommation d'alcool depuis un an :

- ❑ Jamais consommé
- ❑ Moins d'une fois par mois, pour un total de 11 fois ou moins par année
- ❑ 1 à 3 fois par mois (12 à 51 fois par année)
- ❑ 1 ou 2 fois par semaine
- ❑ 3 fois et plus par semaine

23. Nombre de verres d'alcool lors d'une semaine typique de consommation : _____

24. Nombre d'épisodes de forte consommation (c.-à-d. de consommation plus importante que ma consommation typique) sur une année : _____

25. Est-ce que ma consommation d'alcool a nui à mon rendement au travail, à l'école, ou dans mes tâches ménagères ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

26. Est-ce que ma consommation d'alcool a nui à une de mes amitiés ou à une de mes relations proches ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

27. Est-ce que ma consommation d'alcool a nui à mon mariage, à ma relation amoureuse ou à ma famille ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

28. Fréquence de consommation des médicaments sédatifs.
Il est à noter que la fréquence de consommation correspond à une consommation habituelle ayant eu lieu au cours de l'année précédant l'entrevue et non un épisode bref et intense.

- ❑ Jamais
- ❑ < 1 fois / mois, c.-à-d. moins d'une fois par mois
- ❑ 1 à 3 fois / mois, c.-à-d. tous les mois, mais pas toutes les semaines
- ❑ 1 à 2 fois / sem., c.-à-d. toutes les semaines, mais pas plus de 2 fois / semaine
- ❑ 3 fois et + / sem., c.-à-d. au moins 3 fois / semaine.

    - ❑ Dépasse la posologie
    - ❑ Obtient ses médicaments sédatifs de plus d'un médecin
    - ❑ Consomme des médicaments sédatifs non prescrits.

29. Fréquence de consommation de chacune des drogues

- ❑ Cannabis
    - ❑ Jamais
    - ❑ < 1 fois / mois, c.-à-d. moins d'une fois par mois
    - ❑ 1 à 3 fois / mois, c.-à-d. tous les mois, mais pas toutes les semaines
    - ❑ 1 à 2 fois / sem., c.-à-d. toutes les semaines, mais pas plus de 2 fois / semaine
    - ❑ 3 fois et + / sem., c.-à-d. au moins 3 fois / semaine.

- ❑ PCP, cocaïne, opiacés
    - ❑ Jamais
    - ❑ < 1 fois / mois, c.-à-d. moins d'une fois par mois
    - ❑ 1 à 3 fois / mois, c.-à-d. tous les mois, mais pas toutes les semaines
    - ❑ 1 à 2 fois / sem., c.-à-d. toutes les semaines, mais pas plus de 2 fois / semaine
    - ❑ 3 fois et + / sem., c.-à-d. au moins 3 fois / semaine.

- ❑ Hallucinogènes, autres stimulants, inhalants
    - ❑ Jamais
    - ❑ < 1 fois / mois, c.-à-d. moins d'une fois par mois
    - ❑ 1 à 3 fois / mois, c.-à-d. tous les mois, mais pas toutes les semaines
    - ❑ 1 à 2 fois / sem., c.-à-d. toutes les semaines, mais pas plus de 2 fois / semaine
    - ❑ 3 fois et + / sem., c.-à-d. au moins 3 fois / semaine.

30. Est-ce que ma consommation de drogues a nui à mon rendement au travail, à l'école, ou dans mes tâches ménagères ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

31. Est-ce que ma consommation de drogues a nui à une de mes amitiés ou à une de mes relations proches ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

32. Est-ce que ma consommation de drogues a nui à mon mariage, à ma relation amoureuse ou à ma famille ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

33. Est-ce je joue ou parie de l'argent aux loteries vidéo, aux courses de chevaux, aux cartes, au casino, etc. ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

34. Est-ce que je joue à une loterie quelconque (p. ex. : « La quotidienne », « Super 7 », « La mini » ou les loteries instantanées telles que les « gratteux » comme le « 7 chanceux », « Mots cachés ») ?

- ❑ Oui
- ❑ Non

35. Est-ce que j'éprouve des difficultés avec des jeux de loteries :

- ❑ Préoccupation par le jeu
- ❑ Parier ou jouer plus que désirer
- ❑ Recouvrer ses pertes
- ❑ Irritabilité ou anxiété lors des périodes d'arrêt ou de diminution du jeu
- ❑ Mentir pour dissimuler l'ampleur réelle de ses habitudes de jeu
- ❑ Compter sur les autres pour obtenir de l'argent ou composer avec les conséquences du jeu

SECTION D : ÉTAT DE SANTÉ

36.Mon état de santé général

- ❑ Très satisfaisant
- ❑ Satisfaisant
- ❑ Insatisfaisant
- ❑ Très insatisfait

37. J'ai un/des problèmes de santé physique

- ❑ Si oui, précisez : _____
- ❑ Non

38. Ce(s) problème(s) ont été diagnostiqués par un médecin

- ❑ Oui
- ❑ Non

39. Je prends un/des médicament(s) en lien avec mon problème de santé physique
    - ❑ Oui
    - ❑ Non

40. J'ai un/des problèmes de santé mentale
    - ❑ Si oui, précisez : _____
    - ❑ Non

41. Ce(s) problème(s) ont été diagnostiqués par un médecin ou un psychiatre
    - ❑ Oui
    - ❑ Non

42. Je prends un/des médicament(s) en lien avec mon problème de santé mentale
    - ❑ Oui
    - ❑ Non

SECTION E : UTILISATION DES SERVICES SUITE À L'ÉVÉNEMENT VIOLENT

43. Depuis combien de temps j'utilise les services du CAVAC :
    - ❑ Année : _____
    - ❑ Mois : _____
    - ❑ Semaine : _____
    - ❑ Jour : _____

44. Quel(s) sont les motif(s) à l'origine de ma fréquentation au CAVAC :
    - ❑ Accompagnement pour recevoir du soutien psychologique
    - ❑ Accompagnement pour le processus judiciaire
    - ❑ Accompagnement vers le service d'indemnisation (IVAC)
    - ❑ Accompagnement vers d'autres services, préciser : _____
    - ❑ Autres raisons : _____

45. Type de crime(s) dont j'ai été victime(s) et pour le(s)quel(s) je consulte le CAVAC :
    - ❑ Agressions sexuelles
    - ❑ Voies de fait
    - ❑ Vol qualifié
    - ❑ Je ne désire pas répondre
        a) Si vous avez coché plus d'un crime, sont-ils survenus au cours du même événement ?
            - ❑ Oui
            - ❑ Non

"

46."J’utilise"les"services"du"CAVAC":"

- ✎"Moins"d’une"fois"par"mois"
- ✎"1"à"2"fois"par"mois"
- ✎"3"à"4"fois"par"mois"
- ✎"5"fois"et"plus"par"mois"
- ✎"Autre"fréquence":_____"

"

47."J’utilise"d’autres"services"complémentaires"de"santé"ou"des"services"sociaux":"

- ✎"Oui"
- ✎"Non"

(

(

48."En"même"temps"que"j’utilise"les"services"du"CAVAC,"quelle"est"ma"fréquence"d’utilisation" d’autres"services"sociaux"non"offerts"par"le"CAVAC"(p.ex."IVAC,"travailleuse"sociale"au" CIUSS,"aide"juridique)"?"Écrivez"le"nom"du"service"et"cochez"à"quelle"fréquence"vous" l’utilisez."

"

Service(	Fréquence(d’ulisation(			
1." ((	Moins" d’une"fois" par"mois" ✎"	1"à"2"fois" par"mois" " ✎"	3"à"4"fois" par"mois" " ✎"	5"fois"et" plus"par" mois" ✎"
2."	Moins" d’une"fois" par"mois" ✎"	1"à"2"fois" par"mois" " ✎"	3"à"4"fois" par"mois" " ✎"	5"fois"et" plus"par" mois" ✎" "
3."	Moins" d’une"fois" par"mois" ✎"	1"à"2"fois" par"mois" " ✎"	3"à"4"fois" par"mois" " ✎"	5"fois"et" plus"par" mois" ✎"

Annexe 5 : Questionnaires

Questionnaires auto-administrés

L'Échelle de provisions sociales (Caron, 1996)

Nous vous demandons de répondre le plus honnêtement possible au questionnaire suivant ; il s'agit d'évaluer votre niveau d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés. Vous inscrivez sur l'espace adjacent le chiffre qui correspond à votre niveau d'accord. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses ; lorsque vous y répondrez, essayez de penser aux personnes qui vous entourent.

Fortement en désaccord	En désaccord	D'accord	Fortement en accord
1	**2**	**3**	**4**

1. Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin.
2. J'ai l'impression que je n'ai aucune relation intime avec les autres.
3. Je n'ai personne à qui m'adresser pour m'orienter en période de stress.
4. Il y a des personnes qui nécessitent mon aide.
5. Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi.
6. Les autres ne me considèrent pas compétent.
7. Je me sens personnellement responsable du bien-être d'une autre personne.
8. J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances.
9. Je ne crois pas que les autres aient de la considération pour mes aptitudes et habiletés.
10. Si quelque chose allait mal, personne ne viendrait à mon aide.
11. J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être.
12. Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie.
13. J'ai des relations où sont reconnus ma compétence et mon savoir-faire.
14. Il n'y a personne qui partage mes intérêts et mes préoccupations.

15. Il n'y a personne qui se fie réellement sur moi pour son bien-être.
16. Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes.
17. Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne.
18. Il n'y a personne sur qui je peux compter pour de l'aide si je suis réellement dans le besoin.
19. Il n'y a personne avec qui je me sens à l'aise pour parler de mes problèmes.
20. Il y a des gens qui admirent mes talents et habiletés.
21. Il me manque une relation d'intimité avec quelqu'un.
22. Personne n'aime faire les mêmes activités que moi.
23. Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence.
24. Plus personne ne nécessite mes soins ou mon attention désormais.

Échelle sur la résilience (Connor-Davidson, 2003)

LE BLOC DE QUESTIONS QUI SUIT TRAITE DE VOS RÉACTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE.

Veuillez indiquer dans quelle mesure les propositions ci-dessous vous conviennent et peuvent s'appliquer à vous au cours du dernier mois. Si une situation particulière ne s'est pas produite récemment, répondez en fonction de ce que vous ressentez habituellement.

	Pratiquement tout le temps (04)	Souvent (03)	Parfois (02)	Rarement (01)	Pas du tout (00)
Je suis capable de m'adapter lorsque des changements surviennent.					
Je peux gérer toutes les situations qui se présentent à moi.					
J'essaie de voir le côté humoristique des choses lorsque je suis confronté aux problèmes.					
Devoir gérer le stress peut me rendre plus fort.					
	Pratiquement tout le temps (04)	Souvent (03)	Parfois (02)	Rarement (01)	Pas du tout (00)
J'ai tendance à rebondir après une maladie, une blessure ou d'autres épreuves.					
Je crois pouvoir atteindre mes objectifs même s'il y a des obstacles.					
Sous pression, je reste concentré et je réfléchis clairement.					
Je ne suis pas facilement découragé par l'échec.					
Je me considère comme une personne forte lorsque je suis confronté aux défis et aux difficultés de la vie.					
Je suis capable de gérer des sentiments déplaisants ou douloureux comme la tristesse, la peur ou la colère.					

ÉCHELLE DES STADES DU RÉTABLISSEMENT
(Andreson, Caputi & Oades, 2006

"

"STORI"

Stages of Recovery Instrument (Andresen, Caputi & Oades, 2006)
(trad : P. Golay & J. Favrod)

Le questionnaire suivant porte sur vos sentiments à propos de votre vie et de vous même depuis la maladie. Certaines questions concernent les fois où vous ne vous sentez pas trop bien. D'autres questions portent sur les moments où vous vous sentez très bien dans votre vie.

Si vous trouvez certaines des questions dérangeantes et que vous avez envie d'en parler à quelqu'un, n'hésitez pas à faire une pause et à en parler à un ami. N'hésitez pas non plus à contacter l'équipe soignante.

Les questions sont présentées par groupes de cinq.
Lisez tout d'abord l'ensemble des cinq questions du groupe avant de répondre à chacune d'entre elles.
Entourez le chiffre de 0 à 5 pour indiquer dans quelle mesure chacune des propositions est vraie pour vous. Passez ensuite au groupe suivant.

Lorsque vous choisissez votre réponse, pensez à **comment vous vous sentez maintenant** et non pas à comment vous vous sentiez par le passé.

Par exemple :

Question #43 « Je commence à en apprendre davantage sur la maladie psychique et sur comment je peux m'aider moi-même ».

Question #44 « Je suis maintenant raisonnablement confiant en ce qui concerne la gestion de la maladie ».

Si vous êtes raisonnablement confiant en ce qui concerne la gestion de la maladie, vous choisirez un score plus haut à la question #44 que celui pour la question #43 qui dit que vous commencez seulement à en apprendre d'avantage sur la maladie psychique.

Les questions portent sur comment vous vous sentez globalement dans votre vie ces jours. Essayez de ne pas laisser les choses qui en ce moment précis pourraient influencer votre humeur modifier vos réponses.

Contact: Retta Andresen, Illawarra Institute for Mental Health, School of Psychology, University of Wollongong, NSW, Australia, 2522. Email: retta@uow.edu.au .
Référence: Andresen R, Caputi P and Oades L (2006). The Stages of Recovery Instrument: Development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40:972-980

"

"
"

STORI

Lisez toutes les questions du groupe 1 puis répondez ensuite à chacune d'entre-elles.
Entourez le chiffre de 0 à 5 qui indique dans quelle mesure chaque proposition est vraie pour vous actuellement.
Puis passez au groupe 2 et ainsi de suite.

Quand vous choisissez votre réponse, pensez à comment vous vous sentez actuellement et non pas à comment vous avez pu vous sentir par le passé.

	Groupe 1	*Pas du tout vrai actuellement*					*Complètement vrai actuellement*
1	Je ne pense pas que les gens qui ont une maladie psychique puissent aller mieux.	0	1	2	3	4	5
2	J'ai ***seulement récemment*** découvert que les gens avec une maladie psychique ***peuvent*** aller mieux.	0	1	2	3	4	5
3	Je ***commence*** à apprendre comment je peux faire des choses pour moi afin d'aller mieux.	0	1	2	3	4	5
4	Je travaille dur pour rester bien et cela en vaudra la peine sur le long terme.	0	1	2	3	4	5
5	J'ai maintenant un sentiment de « paix intérieure » au sujet de la vie avec la maladie.	0	1	2	3	4	5

	Groupe 2	*Pas du tout vrai actuellement*					*Complètement vrai actuellement*
6	Je sens que ma vie à été ruinée par cette maladie.	0	1	2	3	4	5
7	Je ***commence seulement*** à réaliser que ma vie n'a pas à être affreuse pour toujours.	0	1	2	3	4	5
8	J'ai ***récemment*** commencé à apprendre des gens qui vivent bien malgré une sérieuse maladie.	0	1	2	3	4	5
9	Je commence à être ***raisonnablement*** confiant à propos de remettre ma vie sur les rails.	0	1	2	3	4	5
10	Ma vie est vraiment bonne maintenant et le futur s'annonce lumineux.	0	1	2	3	4	5

	Groupe 3	*Pas du tout vrai actuellement*					*Complètement vrai actuellement*
11	Je me sens actuellement comme si je n'étais qu'une personne malade.	0	1	2	3	4	5
12	Parce que les autres ont confiance en moi, je commence tout juste à penser que peut-être je peux aller mieux.	0	1	2	3	4	5
13	Je ***commence seulement*** à réaliser que la maladie ne change pas qui je suis en tant que personne.	0	1	2	3	4	5
14	Je ***commence actuellement*** à accepter la maladie comme une partie du tout qui fait ma personne.	0	1	2	3	4	5
15	Je suis heureux d'être la personne que je suis.	0	1	2	3	4	5

(

	Groupe 4	*Pas du tout vrai actuellement*					*Complètement vrai actuellement*
16	J'ai l'impression de ne plus savoir qui je suis.	0	1	2	3	4	5
17	J'ai ***récemment commencé*** à reconnaître qu'une partie de moi n'est pas affectée par la maladie.	0	1	2	3	4	5
18	Je ***commence juste*** à réaliser que je ***peux*** toujours être une personne de valeur.	0	1	2	3	4	5
19	J'apprend de nouvelles choses sur moi-même alors que je travaille à mon rétablissement.	0	1	2	3	4	5
20	Je pense que le fait d'avoir travaillé pour dépasser la maladie a fait de moi une personne meilleure.	0	1	2	3	4	5

	Groupe 5	*Pas du tout vrai actuellement*					*Complètement vrai actuellement*
21	Je ne serai jamais la personne que je pensais que je serais.	0	1	2	3	4	5
22	J'ai ***tout juste commencé*** à accepter la maladie comme une partie de ma vie avec laquelle je vais devoir apprendre à vivre.	0	1	2	3	4	5
23	Je ***commence*** à reconnaître où sont mes forces et mes faiblesses.	0	1	2	3	4	5
24	Je ***commence*** à sentir que j'apporte une contribution de valeur à la vie.	0	1	2	3	4	5
25	J'accomplis des choses qui valent la peine et qui sont satisfaisantes dans ma vie.	0	1	2	3	4	5

	Groupe 6	*Pas du tout vrai actuellement*					*Complètement vrai actuellement*
26	Je suis en colère que cela me soit arrivé *à moi*.	0	1	2	3	4	5
27	Je ***commence*** tout juste à me demander si des choses positives pourraient ressortir de ce qui m'arrive.	0	1	2	3	4	5
28	Je ***commence*** à réfléchir à quelles sont mes qualités particulières.	0	1	2	3	4	5
29	En devant faire face à la maladie, j'apprends beaucoup au sujet de la vie.	0	1	2	3	4	5
30	En surmontant la maladie, j'ai acquis de nouvelles valeurs dans la vie.	0	1	2	3	4	5

"

"

"

"

	Groupe 7	*Pas du tout vrai actuellement*					*Complètement vrai actuellement*
31	Ma vie me semble totalement inutile actuellement.	0	1	2	3	4	5
32	Je ***commence tout juste*** à penser que je peux peut-être faire quelque chose de ma vie.	0	1	2	3	4	5
33	J'***essaie*** de penser à des moyens d'apporter une contribution dans la vie.	0	1	2	3	4	5
34	Je travaille ces jours sur des choses de la vie qui sont personnellement importantes pour moi.	0	1	2	3	4	5
35	J'ai des projets importants qui me donnent une raison d'être.	0	1	2	3	4	5

	Groupe 8	*Pas du tout vrai actuellement*					*Complètement vrai actuellement*
36	Je ne peux rien faire à propos de ma situation.	0	1	2	3	4	5
37	Je ***commence*** à penser que je pourrais faire quelque chose pour m'aider.	0	1	2	3	4	5
38	Je ***commence*** à me sentir plus confiant au sujet d'apprendre à vivre avec la maladie.	0	1	2	3	4	5
39	Il y a parfois des revers mais je ne laisse pas tomber.	0	1	2	3	4	5
40	Je me réjouis de relever de nouveaux défis dans la vie.	0	1	2	3	4	5

	Groupe 9	*Pas du tout vrai actuellement*					*Complètement vrai actuellement*
41	Les autres savent mieux que moi ce qui est bon pour moi.	0	1	2	3	4	5
42	J'aimerais ***commencer*** à apprendre à m'occuper de moi correctement.	0	1	2	3	4	5
43	Je ***commence*** à en apprendre davantage sur la maladie psychique et sur comment je peux m'aider moi-même.	0	1	2	3	4	5
44	Je me sens maintenant ***raisonnablement*** confiant en ce qui concerne la gestion de la maladie.	0	1	2	3	4	5
45	Maintenant, je peux bien gérer la maladie.	0	1	2	3	4	5

	Groupe 10	*Pas du tout vrai actuellement*					*Complètement vrai actuellement*
46	Il ne me semble pas que j'aie actuellement un quelconque contrôle sur ma vie.	0	1	2	3	4	5
47	J'aimerais commencer à apprendre à gérer la maladie.	0	1	2	3	4	5
48	Je ***commence seulement*** à travailler pour remettre ma vie sur les rails.	0	1	2	3	4	5
49	Je ***commence*** à me sentir responsable de ma propre vie.	0	1	2	3	4	5
50	Je suis aux commandes de ma propre vie.	0	1	2	3	4	5

"

Annexe 6: Entrevue semi-dirigée

Guide d'entrevue semi-dirigée

Introduction

Comme présenté préalablement, l'entrevue sera d'une durée de 60 minutes. Considérant sa durée vous pourrez, au moment de votre choix, prendre une pause ou encore décider de réaliser cette entrevue en deux temps. Durant l'entrevue, je chercherai à explorer votre vécu à partir des questions pour lesquelles il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses et j'aborderai le soutien que vous avez reçu à la suite de l'événement violent que vous avez vécu. Sachez que vous êtes libre de répondre aux questions et que vous pouvez terminer l'entrevue à tout moment si vous le désirez.

SECTION 1 : SERVICES D'AIDE OFFERTS DANS LA COLLECTIVITÉ

1. Que pensez-vous des services d'aide offerts aux personnes victimes d'actes criminels dans la collectivité ?

   - *Notes à l'interviewer : services de la santé, services sociaux, services de la justice, services communautaires, IVAC, CAVAC.*

2. Dans quel contexte avez-vous connu le CAVAC ?

3. Jusqu'à quel point les services du CAVAC sont-ils utiles/aidant pour votre bien-être ?

SECTION 2 : SANTÉ MENTALE

4. Comment qualifiez-vous votre état de santé (physique, mentale, globale) à l'heure actuelle ?

5. Cet état vous semble-t-il amélioré/détérioré/stable si vous le comparez à l'époque où vous avez été victime ?

   - *Notes à l'interviewer : s'assurer d'avoir des précisions sur les motifs qui amènent la personne à choisir « amélioré/détérioré/stable ».*

6. Quelles ont été les répercussions de ce crime sur votre santé mentale ?
   - Sur votre niveau de stress / d'anxiété
   - Sur votre humeur
   - Sur votre sentiment de sécurité/ de confiance en autrui
   - Sur votre estime de soi
   - Sur votre sommeil

- Sur votre appétit
- Sur votre capacité à vous concentrer
- Sur votre capacité à effectuer vos activités quotidiennes

7. Cet événement et ses conséquences sur votre santé mentale ont-ils eu des effets :

   - Sur votre vie amoureuse et familiale
   - Sur votre vie sociale / amicale
   - Sur votre vie professionnelle
   - Sur vos activités sociales
   - Sur votre vie spirituelle

SECTION 3 : PASSIONS/PROJETS/INTÉRÊTS

8. Si vous aviez à vous décrire, que me diriez-vous ?

9. Qu'est-ce qui vous anime dans la vie :
   - vos activités [bénévolat, activités sociales, familiales] ?
   - vos projets
   - vos intérêts, vos passions
   - vos relations sociales
   - vos rêves

   - *Notes à l'interviewer : inviter la personne à nous parler d'une journée ou d'une semaine typique.*

10. Que pensez-vous de l'implication sociale au sein de la collectivité ?
    - Quelle place lui donnez-vous ?

11. De quelle façon occupez-vous vos journées/vos semaines ?

    - *Note à l'interviewer : explorer notamment les activités sociales, les implications dans la communauté, les activités qui valorisent la personne, a-t-elle un animal de compagnie.*

12. En quoi ces projets/occupations contribuent-elles à votre bien-être ?

13. Quels sont les facteurs/motifs à l'origine ou non de ce sentiment ?

14. Jusqu'à quel point vous sentez-vous en maîtrise de votre vie ?

15. Si vous aviez le pouvoir de changer quelque chose dans votre vie actuelle, qu'est-ce que ce serait ?

SECTION 4 : RELATIONS AVEC LE MILIEU DE VIE/ AVEC L'ENTOURAGE

16. Comment trouvez-vous votre milieu de vie (appartement, maison, chambre en maison d'hébergement, etc.) ?

17. Que pensez-vous de votre revenu mensuel en fonction de vos besoins ?

18. Quels membres composent votre entourage ?

- *Note à l'interviewer : si aucun membre ne le compose lui demander :*

18.1 Quel est votre niveau de satisfaction par rapport à l'absence de membres dans votre entourage ?

19. À la suite de l'événement violent, quel a été le soutien que vous avez reçu de la part de votre entourage :

a) affectif
b) matériel
c) thérapeutique
d) spirituelle

20. Aujourd'hui, comment qualifiez-vous vos relations :

a) avec les membres de votre famille
b) avec vos amie(s)
c) avec vos connaissances

21. À quoi ressemble l'aide provenant de :

a) votre famille
b) vos amis
c) vos connaissances

22. Qui est (sont) la (les) personne(s) significative(s) dans votre vie ?

23. Qu'est-ce qui fait que cette/ces personnes est/sont importante(s) pour vous ?

- Quelle image représente le mieux ce soutien reçu ?
- Comment cette/ces personne(s) vous a/ont-elle(s) soutenue(s) ?
- Identifiez deux forces vécues dans cette relation ?
- Identifiez deux difficultés vécues dans cette relation ?

24. Jusqu'à quel point votre entourage a-t-il été soutenant dans le rétablissement de votre santé mentale ?
    - Y-a-t-il eu des personnes qui ont été aidantes ?
    - Qui sont ces personnes ?
    - À quelle fréquence êtes-vous en contact avec elles ?
    - Si oui, comment ces personnes vous ont-elles soutenues (p. ex. soutien émotif, matériel),?
    - Y-a-il eu des personnes qui ont été nuisibles ?
    - Si oui, de quelles façons ont-elles nuit à votre rétablissement ?
    - Avez-vous eu à vous éloigner de certaines personnes pour préserver votre santé mentale ?

SECTION 5 : VIE PROFESSIONNELLE (SI LA PERSONNE A UN EMPLOI))

25. Parler moi de votre emploi :
    - Comment trouvez-vous vos conditions d'emploi :
        - votre horaire
        - votre charge de travail
        - à quoi ressemble votre environnement physique
    - À la suite de l'événement avez-vous reçu du soutien de la part de :
        - votre employeur
        - vos collègues
    - Comment qualifiez-vous vos relations :
        - avec votre employeur
        - avec vos collègues de travail

SECTION 6 : VIE SPIRITUELLE/ VIE RELIGIEUSE

26. Quelles sont les valeurs/croyances qui guident votre vie en ce moment ?
27. Ces valeurs/croyances ont-elles changé depuis le crime dont vous avez été victimes ?
    - *Note à l'interviewer : si la personne aborde le thème de la spiritualité lui demander*
28. De quelle façon vivez-vous votre spiritualité ? Jusqu'à quel point votre vie spirituelle est utile/aidante à votre rétablissement ?
    - *Note à l'interviewer : si la personne aborde le thème de la religion aborder sa croyance religieuse*

29. En terminant, y-a-t-il des éléments qui ont été importants dans votre rétablissement et dont nous n'avons pas parlé aujourd'hui ?

CONCLUSION
- Remerciements
- Vérification de l'état de la personne et référence à l'intervenant principal au besoin
- Rappel de confidentialité des données personnelles
- Rappel concernant le retrait de l'étude
- Demande de **discrétion** entre les utilisateurs de services des organismes

Annexe 7 : Approbation Éthique

Annexe 9

UQAC

Comité d'éthique de la recherche
Université du Québec à Chicoutimi

APPROBATION ÉTHIQUE

Dans le cadre de l'*Énoncé de politique des trois conseils : éthique de la recherche avec des êtres humains 2* (2014) et conformément au mandat qui lui a été confié par la résolution CAD-7163 du Conseil d'administration de l'Université du Québec à Chicoutimi, approuvant la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'UQAC, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Chicoutimi, à l'unanimité, délivre la présente approbation éthique puisque le projet de recherche mentionné ci-dessous rencontre les exigences en matière éthique et remplit les conditions d'approbation dudit Comité.

De plus, les membres jugent que ce projet rencontre les critères d'une recherche à risque minimal.

Responsable(s) du projet de recherche :	*Madame Isabel Gauthier, Étudiante* *Maîtrise en travail social, UQAC*
Direction de recherche :	*Madame Christiane Bergeron-Leclerc, Professeure* *Département des sciences humaines et sociales, UQAC*
Projet de recherche intitulé :	*Le processus de rétablissement de personnes qui ont développé un trouble de santé mentale après avoir été victimes de crimes violents.*
No référence du certificat :	*602.549.01*
Financement :	*S/O*

La présente est valide jusqu'au 28 février 2019.
Rapport de statut attendu pour le 28 janvier 2019 (rapport final).
N.B. le rapport de statut est disponible à partir du lien suivant : *http://recherche.uqac.ca/rapport-de-statut/*

Date d'émission initiale de l'approbation : *6 février 2017*
Date(s) de renouvellement de l'approbation : *15 février 2018*

Tommy Chevrette

Tommy Chevrette,
Professeur et président du Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAC

Annexe 8 : Formulaire de Consentement

Annexe 3

UQAC

Université du Québec à Chicoutimi

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT CONCERNANT LA PARTICIPATION

1. **TITRE DU PROJET**

Le processus de rétablissement de personnes qui ont développé un trouble mental après avoir été victimes de crimes violents.

2. RESPONSABLE(S) DU PROJET DE RECHERCHE

2.1 Étudiante-chercheure responsable du projet : Isabel Gauthier

Unité d'enseignement en travail social, Université du Québec à Chicoutimi
555, boulevard de l'Université, Chicoutimi, G7H 2B1
Adresse courriel : isabel.gauthier@uqac.ca
Téléphone : (514) xxx-xxxx

2.2. Directrice de recherche : Christiane Bergeron-Leclerc, Ph.D.
Unité d'enseignement en travail social, Université du Québec à Chicoutimi
555, boulevard de l'Université, Chicoutimi, G7H 2B1
Adresse courriel : christiane_bergeron-leclerc@uqac.ca
Téléphone : (418) 545-5011 poste 4230

3. PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable du projet ou aux autres membres du personnel affecté au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

4. NATURE, OBJECTIFS ET DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

4.1 Description du projet de recherche

Ce projet de recherche vise ainsi à décrire les différents facteurs qui entrent en jeu dans le rétablissement des personnes victimes de crimes violents qui ont développé un trouble mental. Plus spécifiquement, il vise l'atteinte de cinq objectifs spécifiques:

4.2 Objectif(s) spécifique(s)

1. Décrire les répercussions des crimes violents sur la santé mentale ;
2. Décrire les facteurs individuels qui influencent positivement et négativement le rétablissement des personnes victimes de violence qui ont développé des troubles mentaux ;
3. Décrire les facteurs environnementaux qui influencent positivement et négativement le rétablissement des personnes victimes de violence qui ont développé des troubles mentaux ;
4. Identifier les personnes ayant eu un impact significatif dans le rétablissement des personnes victimes de violence et ayant développé des troubles mentaux ;
5. Décrire le soutien apporté par ces personnes significatives à travers les différents stades du rétablissement.

Nous sollicitons donc votre participation pour connaître votre vécu afin de rencontrer les objectifs du projet.

4.3 Déroulement

Ce projet se déroule dans le cadre d'un mémoire-recherche réalisé en travail social à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) sous la direction de Christiane Bergeron-Leclerc, Ph.D./T.S. Cette recherche aura lieu sur tout le territoire de l'Île de Montréal. Il est attendu que 12 à 15 participants soient ainsi recrutés et qu'ils prennent part à une rencontre de 2h au cours de laquelle seront complétés : 1- Une fiche de renseignements personnels sera complétée (elle comprend 50 questions et vise à recueillir des informations sociodémographiques et liées aux habitudes de vie), 2- Trois questionnaires portant sur le soutien social et le rétablissement, 3- Une entrevue semi-dirigée, enregistrée, d'une durée de 60 minutes sera réalisée. Celle-ci portera spécifiquement sur les facteurs qui contribuent au rétablissement de la personne.

5. AVANTAGES, RISQUES ET/OU INCONVÉNIENTS ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Les avantages

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais il nous est impossible de vous en assurer. Toutefois, votre participation contribuera à l'avancement des connaissances par une meilleure compréhension de la manière dont les personnes victimes d'un crime violent et ayant développé un trouble mental se rétablissent et quels en sont les facteurs impliqués. Aussi, vous obtiendrez des informations concernant votre stade de rétablissement. Ces informations pourront être utiles pour mieux comprendre le cheminement que vous traversez et ultimement pour permettre une meilleure orientation des services d'aide que vous recevez.

En prenant part à ce projet, l'organisme le CAVAC de Montréal se verra remettre les résultats de l'étude. Ces résultats pourront permettre aux intervenants de l'organisme d'avoir un portrait de la problématique, ainsi que du processus de rétablissement de certaines personnes victimes à qui ils offrent des services. Les données qu'ils obtiendront seront anonymisées, de manière à préserver l'anonymat de chaque participant.

Les inconvénients

Un des inconvénients associés à cette étude est le temps requis pour votre participation. Aussi, lors de la réalisation des entrevues semi-dirigées, certaines thématiques aborderont l'expérience de la victimisation dans le processus du rétablissement, ce qui pourrait occasionner des inconforts à certains participants sur le plan psychologique (représentant un risque minime). Cependant, un protocole de référence et d'aide aura préalablement été mis sur pied par l'étudiante-chercheure responsable du projet en collaboration avec le CAVAC afin d'offrir au besoin le soutien nécessaire. Plus spécifiquement, dans le cas où le participant dévoilerait durant l'entrevue une situation d'abus ou de compromission vécue ce dernier sera invité à se référer aux personnes responsable de son dossier au CAVAC (intervenant social ou autres) selon la situation présentée afin que les démarches légales puissent être entreprises.

6. CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont confidentiels et que seuls les membres responsables de cette recherche auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (enregistrement codée et transcription) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé au laboratoire de la directrice de maîtrise, Mme Christiane Bergeron Leclerc, Ph.D. responsable pour la durée totale du projet. Les enregistrements ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 7 ans après les dernières publications.

7. PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, et que par ailleurs vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que la responsable de cette recherche puisse utiliser aux fins de la présente recherche (articles, conférences et communications scientifiques) les renseignements recueillis à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée publiquement à moins d'un consentement explicite de votre part.

8. INDEMNITÉ COMPENSATOIRE

Il est entendu que vous recevrez au terme de l'entrevue une somme de 20$ à titre de compensation pour certains frais encourus par votre contribution au projet (p. ex. votre déplacement).

9. PERSONNES RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la responsable du projet de recherche aux coordonnées suivantes :

Étudiante-chercheure, responsable du projet : Isabel Gauthier
(514) xxx-xxxx ou isabel.gauthier@uqac.ca

Directrice de recherche : Christiane Bergeron-Leclerc
(418) 545-5011 #4230
ou christiane_bergeron-leclerc@uqac.ca

Pour toute question d'ordre éthique concernant votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du Comité d'éthique de la recherche aux coordonnées suivantes : 418-545-5011 #4704 ou cer@uqac.ca.

!

10.* CONSENTEMENT*du*participant*

!

J'ai!pris!connaissance!du!formulaire!d'information!et!de!consentement!et!je!comprends!suffisamment!bien! le!projet!pour!que!mon!consentement!soit!éclairé.!Je!suis!satisfait!des!réponses!à!mes!questions!et!du! temps!que!j'ai!eu!pour!prendre!ma!décision.!

!

Je!consens!à!participer!à!ce!projet!de!recherche!aux!conditions!qui!y!sont!énoncées.!Je!comprends!que!je! suis!libre!d'accepter!de!participer!et!que!je!pourrai!me!retirer!en!tout!temps!de!la!recherche!si!je!le!désire,! sans! aucun! préjudice! ni! justification! de! ma! part.! Une! copie! signée! et! datée! du! présent! formulaire! d'information!et!de!consentement!m'a!été!remise.!

!

!

!

_____

Nom!et!signature!du!participant! *!* *Date*!

!

!

!

!

!

!

Signature*et*engagement*du*chercheur*responsable*du*projet!

!

Je! certifie! qu'un! membre! autorisé! de! l'équipe! de! recherche! a! expliqué! au! participant! les! termes! du! formulaire,! qu'il! a! répondu! à! ses! questions! et! qu'il! lui! a! clairement! indiqué! qu'il! pouvait! à!tout!moment! mettre!un!terme!à!sa!participation,!et!ce,!sans!préjudice.!

!

Je!m'engage,!avec!l'équipe!de!recherche,!à!respecter!ce!qui!a!été!convenu!au!formulaire!d'information! et!de!consentement!et!à!en!remettre!une!copie!signée!au!sujet!de!recherche.!

!

!

!

_____

Nom!et!signature!du!chercheur!responsable!du!projet!de!recherche! *Date*!

Annexe 9 : Déclaration d'honneur

Université du Québec à Chicoutimi

555, boulevard de l'Université
Chicoutimi, Québec
G7H 2B1

COMITE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE

DÉCLARATION D'HONNEUR

Je, soussigné(e) **Christiane Bergeron-Leclerc**, à titre de **directrice de maîtrise** pour le projet de recherche **Le processus de rétablissement de personnes qui ont développé un trouble mental après avoir été victimes de crimes violents**, m'engage à respecter le caractère confidentiel de toute information nominative à laquelle j'aurai accès dans le cadre du projet de recherche ci-haut mentionné et à ne pas divulguer, reproduire ou utiliser, d'une quelconque manière, cette information autrement que pour les fins pour lesquelles elle m'est communiquée.

Je m'engage également à respecter la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'Université du Québec à Chicoutimi, *l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* ainsi que la loi et les règles de l'art en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et ce, tant au niveau de la cueillette d'information confidentielle, de son traitement que de sa diffusion.

J'ai signé à **Chicoutimi**, ce **18e** jour du mois d'**août** de l'an **2016**.

Christiane Bergeron-Leclerc

Nom

Signature

UQAC
DSHS
555 Boulevard Université
Chicoutimi, Québec, G7H2B1
cbleclerc@uqac.ca
418-545-5011 ext. 4230

Isabel Gauthier

Témoin (Nom)

Signature

DECSR 2010

Université du Québec à Chicoutimi

555, boulevard de l'Université
Chicoutimi, Québec
G7H 2B1

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

DÉCLARATION D'HONNEUR

Je, soussigné(e) **Isabel Gauthier**, à titre d'**étudiante-chercheure** pour le projet de recherche **Le processus de rétablissement de personnes qui ont développé un trouble mental après avoir été victimes de crimes violents**, m'engage à respecter le caractère confidentiel de toute information nominative à laquelle j'aurai accès dans le cadre du projet de recherche ci-haut mentionné et à ne pas divulguer, reproduire ou utiliser, d'une quelconque manière, cette information autrement que pour les fins pour lesquelles elle m'est communiquée.

Je m'engage également à respecter la *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains* de l'Université du Québec à Chicoutimi, *l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains* ainsi que la loi et les règles de l'art en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains et ce, tant au niveau de la cueillette d'information confidentielle, de son traitement que de sa diffusion.

J'ai signé à **Chicoutimi**, ce **18e** jour du mois d'**août** de l'an **2016**.

Isabel Gauthier
Nom

Signature

373 Rue Argyle
Adresse
Verdun, QC
H4G 1T9
478 550-9744
Téléphone
isabel.gauthier@uqac.ca
Courriel

Christiane Bergeron-Leclerc
Témoin (Nom)

Signature

DECSR 2010

Annexe 4

Saguenay, le 6 septembre 2016

Comité de coordination
Comité d'éthique et de la recherche
Université du Québec à Chicoutimi

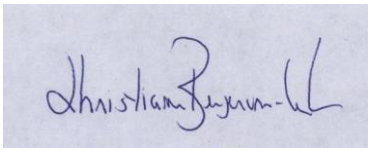
Objet : Attestation de la valeur scientifique du projet de recherche d'Isabel Gauthier ayant pour titre *Le processus de rétablissement de personnes qui ont développé un trouble mental après avoir été victimes de crimes violents.*

Chers membres du comité,

Par la présente, je tiens à témoigner de la qualité et de la pertinence du projet de recherche déposé par Mme Isabel Gauthier. Ce projet, dont la qualité tant théorique que méthodologique est indéniable, est le résultat de plusieurs mois de travail. Il a d'ailleurs fait l'objet d'une évaluation scientifique au printemps 2016 (évaluatrices : Christiane Bergeron-Leclerc, Danielle Maltais et Laurence Roy, U.McGill) tel que le prévoit notre programme de formation. Les modifications mineures demandées à cette époque ont été effectuées.

Par ailleurs, ce projet s'inscrit dans le cadre d'un partenariat avec le CAVAC de Montréal. Les outils de mesure utilisés dans le cadre de ce projet ont été approuvés par l'organisme, de même que les différentes mesures méthodologiques et éthiques entourant la réalisation de ce projet.

Dans sa forme actuelle, le devis est donc jugé conforme aux normes attendues en travail social, c'est pourquoi j'autorise son dépôt au Comité d'éthique et de la recherche de l'UQAC.



Christiane Bergeron-Leclerc, Ph.D., professeure
Université du Québec à Chicoutimi
Département des Sciences Humaines et Sociales
418-545-5011 ext. 4230
cblecler@uqac.ca