



SON CERVEAU A CHOISI POUR ELLE

VIEILLIR 
SANS
VIOLENCE.


Ontario Association of Interval & Transition Houses

Son cerveau a choisi pour elle



Un outil de formation
visuel qui permettra
aux fournisseurs de
services directs de
mieux comprendre
la neurobiologie du
traumatisme et de
la violence faite aux
femmes au cours de
leur vie

Table des matières

Préface Visualiser l'invisible -
Comprendre le soutien tenant compte du traumatisme..... 1

Directives pour le prétest4

Chapitre 1 - Le traumatisme et l'architecture du cerveau5

Chapitre 2 - Le pouvoir du cerveau 13

Chapitre 3 - La réaction au traumatisme..... 17

Chapitre 4 - Le traumatisme en héritage 21

Chapitre 5 - Les effets du traumatisme26

Chapitre 6 - Le traumatisme et les problèmes de santé concurrents29

Chapitre 7 - L'intersection des identités38

Chapitre 8 - Le traumatisme, la mémoire et le récit43

Chapitre 9 - Le traumatisme de compassion49

Chapitre 10 - Vers l'espoir, la résilience, la résistance et la guérison.....52

Références.....57

Préface

Visualiser l'invisible - Comprendre le soutien tenant compte du traumatisme

« Il arrive souvent, que ce ne soit par le traumatisme d'origine qui crée la douleur insurmontable apparente, mais le manque de soutien par la suite. »

- S. Kelley Harrell



L'expérience d'un traumatisme change fondamentalement la façon dont une femme se perçoit elle-même et voit son monde, ses relations et sa collectivité. Les effets d'un traumatisme peuvent durer longtemps et sont potentiellement débilissants. Ils peuvent affecter la capacité de prendre des décisions et les habiletés d'adaptation et également provoquer une sensation de perte de contrôle, de l'hypervigilance, des troubles du sommeil, des souvenirs intrusifs, de l'anxiété, de la colère, de la peine et de la dépression.

Malheureusement, pour plusieurs survivantes de violence, les expériences de victimisation ne s'arrêtent pas avec l'acte criminel. Elles doivent ensuite tenter de naviguer dans des systèmes et des services pendant toute leur vie ce qui, ultimement, s'ajoute aux effets du traumatisme qu'elles ont vécu.¹ La façon dont un service (soins de santé, justice, violence faite aux femmes, services sociaux, soutien aux aînées, etc.) répond à la violence qu'une femme a vécue a des effets profonds sur les conséquences du traumatisme et sur les changements qui en résultent sur son estime de soi, sa confiance dans les systèmes, son espoir pour l'avenir et sa foi dans un monde juste.

« Les personnes qui ont vécu un traumatisme sont à risque d'être traumatisées à nouveau dans chaque service social ou service de santé. Le manque de connaissances et de compréhension des effets d'un traumatisme peuvent nuire à la prestation des meilleurs soins et interventions. Lorsqu'un nouveau traumatisme se produit, le système n'aide aucunement la personne qui a vécu un traumatisme qui peut alors se sentir mal comprise, abandonnée et même blâmée. Cela peut aussi perpétuer un cycle dégradant qui empêche la guérison et la croissance. Mais cette dégradation peut être évitable grâce à des connaissances de base et à

1 Hill, J. (2003). Réaction des victimes au traumatisme et conséquences sur les interventions : étude et synthèse de la documentation. Tiré de : www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jp-cj/victim/rr03_vic2/rr03_vic2.pdf

l'adoption d'un vocabulaire et de pratiques qui tiennent compte du traumatisme. »²

Le présent outil de formation visuel a été créé dans le cadre du projet *Vieillir sans violence* (VSV) sous la direction d'un comité consultatif provincial. L'outil vise à aider les fournisseurs de service de divers secteurs à mieux comprendre les approches et les pratiques prometteuses qui tiennent compte du traumatisme lorsqu'ils travaillent avec des femmes de tous les âges qui ont vécu de la violence. En visualisant la neurobiologie du traumatisme et les pratiques de soins tenant compte du traumatisme, nous espérons briser l'invisibilité que peuvent vivre les survivantes de tous les âges à la suite d'un traumatisme, en particulier les femmes âgées.

En travaillant à faire comprendre le traumatisme, Vieillir sans violence milite pour une analyse féministe intersectorielle tout au cours de la vie, une perspective qui reconnaît les liens entre les types de violence et les effets combinés de la violence aux différentes étapes de la vie d'une femme.³ Lorsque les expériences du traumatisme et de la violence qu'a vécues une femme ne sont examinées qu'à partir d'un seul point de sa vie, les effets des expériences précédentes sont ignorés ainsi que les potentielles répercussions à long terme sur sa santé, dont la réduction de son espérance de vie.⁴

Les approches tenant compte du traumatisme ont la capacité d'améliorer les expériences des survivantes de violence dans les secteurs des soins de santé, des services sociaux et de la violence faite aux femmes et de mettre fin aux cycles de revictimisation tout en intégrant les femmes qui sont depuis longtemps à la marge des services, y compris les âgées, les 2SLGBTQ, les femmes racialisées et celles qui ont des capacités diverses.

Objectifs d'apprentissage de l'outil de formation visuel

Le présent outil est conçu pour augmenter la capacité des usagères et usagers à offrir un soutien qui tienne compte du traumatisme aux femmes de tous les âges en acquérant une connaissance pratique de la neurobiologie du traumatisme, y compris :

- Comprendre l'activité synaptique, les neurotransmetteurs, les réponses du système nerveux et les structures du cerveau associées au stress et au traumatisme au-delà du mode de la lutte et de la fuite;
- Comment les événements traumatiques se répercutent sur les émotions et les comportements d'une personne;

2 Klinic Community Health Centre. Trauma-informed, The Trauma Toolkit Second Edition, 2013. Tiré de : https://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit.pdf

3 Williams, L. (2003). Understanding Child Abuse and Violence Against Women: A Life Course Perspective. *Journal of Interpersonal Violence*. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(4), 441-451. Tiré de : <https://doi.org/10.1177/0886260502250842>

4 Etherington, N. and Baker, L. (2017). Links between the Maltreatment of Girls and Later Victimization or Use of Violence. London, Ontario: Centre for Research & Education on Violence Against Women & Children. Tiré de : www.vawlearningnetwork.ca/links-between-maltreatment-girls-and-later-victimization-or-use-violence

- Comment le cerveau traite et rappelle les événements traumatiques et la meilleure manière de donner du soutien;
- Comprendre le développement du cerveau, les expériences négatives dans l'enfance, le traumatisme intergénérationnel et les options de guérison;
- Adopter une approche intersectionnelle pour donner des soins qui tiennent compte du traumatisme;
- Les implications du traumatisme complexe au cours de la vie d'une femme et les approches tenant compte du traumatisme spécifiques aux femmes âgées;
- Les parcours possibles vers la guérison, le rétablissement et la résilience pour les survivantes de violence;
- Le vocabulaire, les approches et les techniques qui pourraient être utiles dans la prestation de services, de soins ou d'aide aux femmes qui ont vécu un traumatisme;
- L'importance de contextualiser le traumatisme dans le cadre de l'oppression de groupes sociaux et des effets du sexisme, du classisme, du racisme, du capacitisme, de l'homophobie et de la transphobie sur les expériences et les effets du traumatisme de la part de certaines personnes et de plus grands systèmes.

En comprenant les liens entre les diverses formes de traumatisme, le traumatisme de compassion, les comportements et les effets dont les séquelles à long terme sur la santé, nous pouvons nous assurer que lorsque les femmes de tous les âges qui ont vécu de la violence se présentent, elles reçoivent de l'aide compétente, informée et efficace et qu'elles ont accès à la justice.⁵

Au nom du comité consultatif provincial du projet Vieillir sans violence, nous espérons que le présent outil visuel de formation vous aidera à donner des soins et une aide efficaces et tenant compte du traumatisme aux femmes de tous les âges en comprenant que souvent, dans les expériences de peur et de traumatisme, « son cerveau a choisi pour elle. »

Amber Wardell
 Coordonnatrice du projet *Vieillir sans violence*
 Ontario Association of Interval and Transition Houses

5 Ponic, P et al. Approches tenant compte des traumatismes pour le soutien des victimes de violence : dimensions stratégiques et pratiques. Recueil de recherches sur les victimes d'actes criminels no 9. Tiré de : www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/victim/rd9-rr9/p2.html

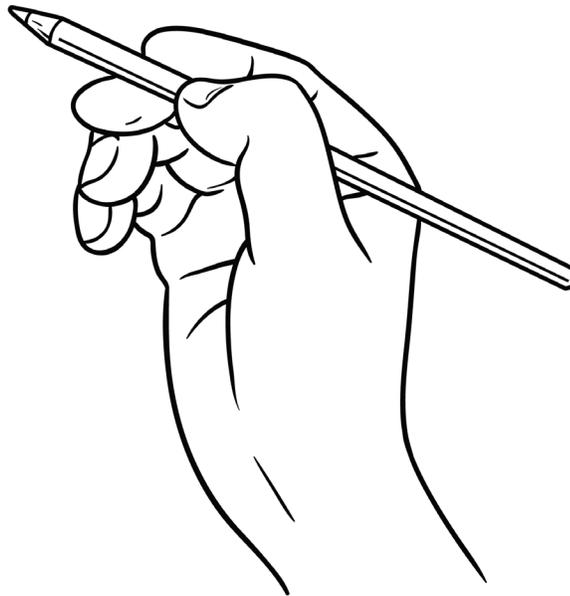
Directives pour le prétest

Avant de commencer cet outil de formation, veuillez prendre de cinq à dix minutes pour faire le prétest sur le portail d'apprentissage d'OAITH :

Après avoir complété l'outil - nous recommandons de le faire sur plusieurs semaines - vous pourrez faire le posttest de contrôle qui nous aidera à déterminer jusqu'à quel point l'outil a amélioré vos connaissances et la capacité du service.

L'outil

Ce cahier de travail interactif contient des illustrations en noir et blanc qui sont conçues pour être colorées avec des marqueurs feutre ou des crayons de couleur. Les exercices de coloriage, les liens vidéo et la discussion ou les questions de réflexion vous aideront à visualiser la neurobiologie du traumatisme.



Renseignements sur le contexte du projet

L'Ontario Association of Interval and Transition Houses (OAITH) est une coalition de membres composée de maisons d'hébergement de première ligne pour femmes, de programmes de logement de deuxième étape et de groupes de femmes communautaires. Ensemble, nous travaillons à éliminer la violence faite à toutes les femmes en Ontario. Nos projets portent sur la formation et la création de ressources, la défense des droits, la sensibilisation du public et les relations avec le gouvernement pour améliorer les politiques sociales qui ont une incidence sur les femmes et leurs enfants.

En janvier 2018, OAITH a reçu du financement du ministère des Services sociaux et communautaires pour diriger un projet provincial de formation et de ressources d'une durée de quatre ans visant à éliminer la violence faite aux femmes âgées en augmentant la capacité des professionnelles et professionnels ontariens à donner du soutien, des services ou des soins aux femmes âgées vivant de la violence.

Consultez le site Vieillir sans violence pour la liste complète des membres du comité consultatif du projet et pour avoir accès à des ressources, des outils et des possibilités de formation sur les âgées qui vivent de la violence.

Chapitre 1

Le traumatisme et l'architecture du cerveau

« Le traumatisme est une réponse physique, cognitive, affective et spirituelle concrète des personnes et des collectivités à des événements et à des situations qui sont objectivement traumatisants. » (1304)

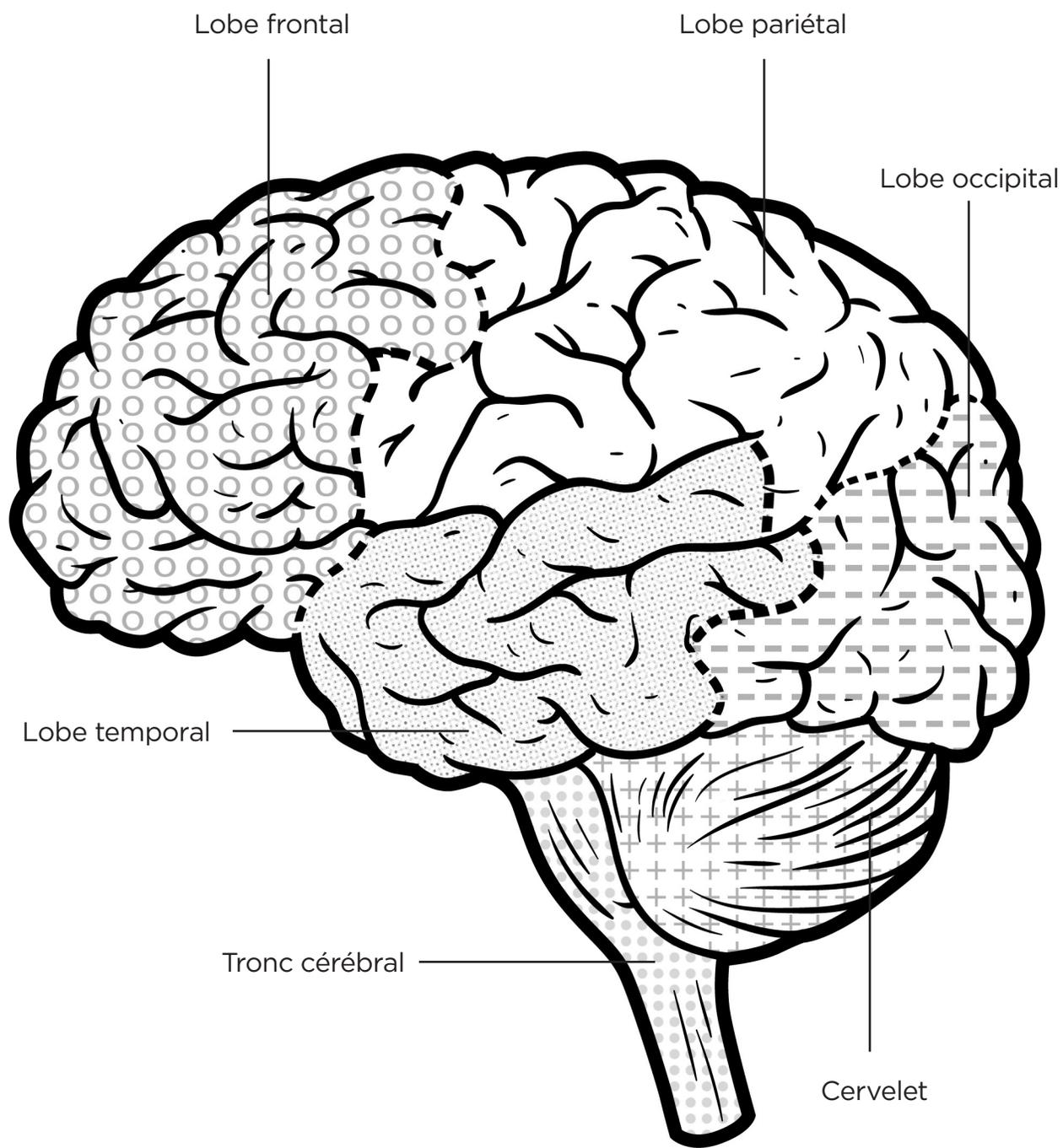


Le cerveau humain est étonnamment complexe. Il s'adapte en fonction de l'expérience et de l'environnement et change avec l'âge. Comprendre certains de ces changements augmentera votre capacité à travailler avec des femmes de tous les âges qui ont survécu au traumatisme, et en particulier les femmes âgées qui font face à divers obstacles pour obtenir de l'aide.

Comme point de départ, cette illustration montre une vue latérale du cerveau.

Coloriage suggéré : coloriez le lobe frontal en MAUVE, le lobe pariétal en BLEU, le lobe occipital en VERT, le cervelet en JAUNE, le tronc cérébral en ORANGE et le lobe temporal en ROUGE.

Utiliser ces mêmes couleurs pour les mêmes parties du cerveau pendant toute la durée de la formation vous aidera à mieux cimenter l'apprentissage.



Un traumatisme est un événement (ou une série d'événements) qui provoque la peur, l'horreur ou la terreur en plus d'une perte de contrôle réelle ou ressentie. Le mot traumatisme désigne aussi les façons dont les événements traumatiques peuvent désorganiser le fonctionnement. Les femmes sont environ deux fois plus à risque que les hommes de faire l'expérience des effets d'un traumatisme qui se caractérisent comme des symptômes du trouble du stress post-traumatique (TSPT) à la suite d'un événement traumatique (Voges et Romney, 2003).

Un traumatisme peut être un seul événement (comme une agression sexuelle ou physique qui ne se produit qu'une seule fois); des expériences prolongées ou répétées (comme de la violence interpersonnelle de la part d'un conjoint ou d'une conjointe pendant des décennies); des événements qui s'accumulent (comme de la violence dans l'enfance, de l'abus et du racisme) ou des événements historiques qui ont des effets prolongés (comme la colonisation).

Comme les personnes, des communautés entières ou toute une collectivité peuvent être traumatisées. Le traumatisme individuel doit être compris dans le contexte plus large des systèmes d'oppression et de désavantage social qui touchent les femmes marginalisées de tous les âges.

Une survivante de traumatisme pourrait avoir vécu de la violence physique, sexuelle, émotionnelle et verbale. Elle pourrait avoir été traumatisée par de multiples agresseurs au cours de sa vie. Une femme pourrait se trouver dans une situation de menace immédiate et avoir peur pour sa sécurité et pour sa vie. Nous étudierons le cerveau avec la lentille du traumatisme et nous nous concentrerons sur les parties du cerveau qui sont affectées par la peur - parce que lorsque nous parlons de traumatisme, nous parlons de la peur.

La peur est une réaction fondamentale qui a évolué dans l'histoire de l'humanité pour nous protéger de la menace (« Comprendre la réponse au stress », 2018). La peur commande notre attention. Lorsque nous sommes terrifiées, notre cerveau pensant cède la place à notre cerveau émotionnel et la cascade de défense qui en découle est automatique (Cuncic, 2018).

Décision, émotion et instincts

Le cerveau est souvent divisé en trois parties qui sont interconnectées.

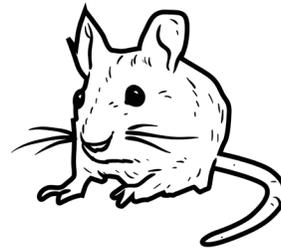
En termes d'évolution, c'est le néocortex qui est la partie la plus récente du cerveau humain. Il est responsable du langage, de l'apprentissage, de la pensée abstraite et de la mémoire.

Tous les mammifères ont un système limbique, les humains, les tigres et même les souris.

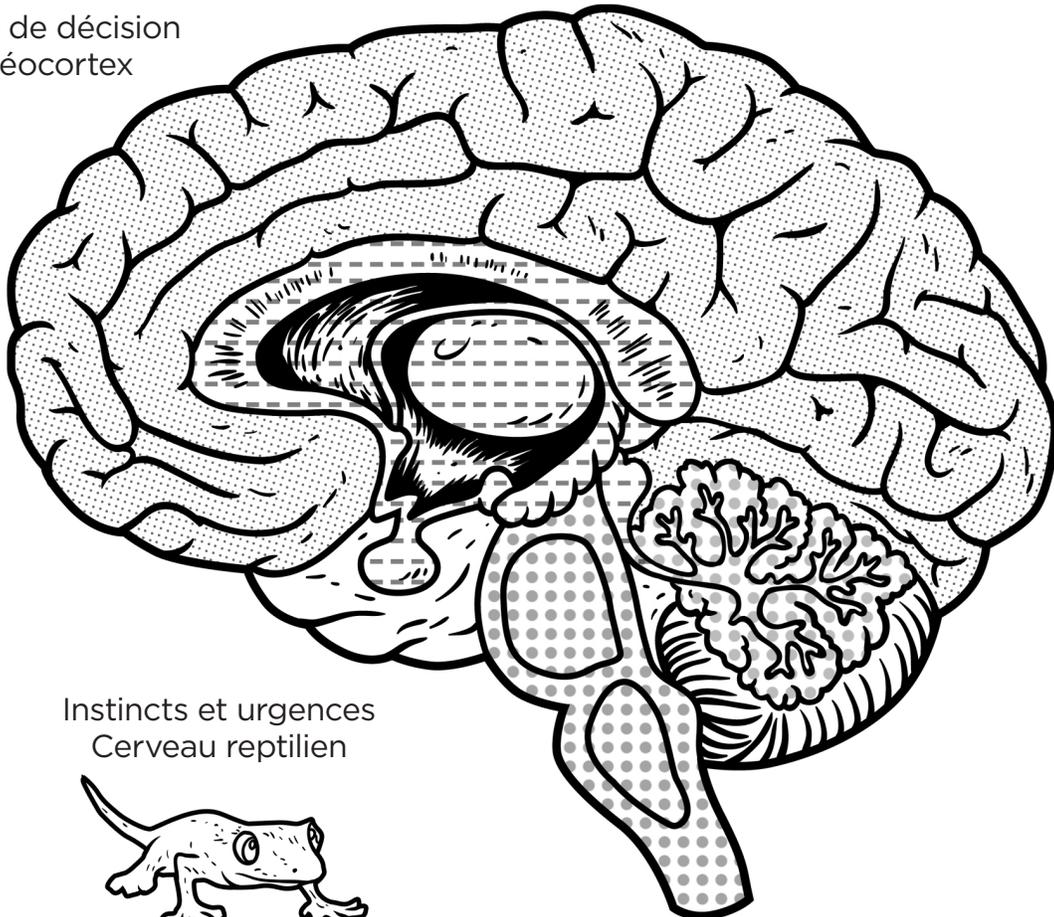
Le cerveau reptilien contrôle les fonctions vitales du corps dont la fréquence cardiaque, la température du corps et l'équilibre.



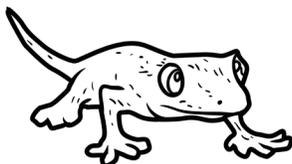
Émotion et motivation
Cerveau limbique



Prise de décision
Néocortex



Instincts et urgences
Cerveau reptilien



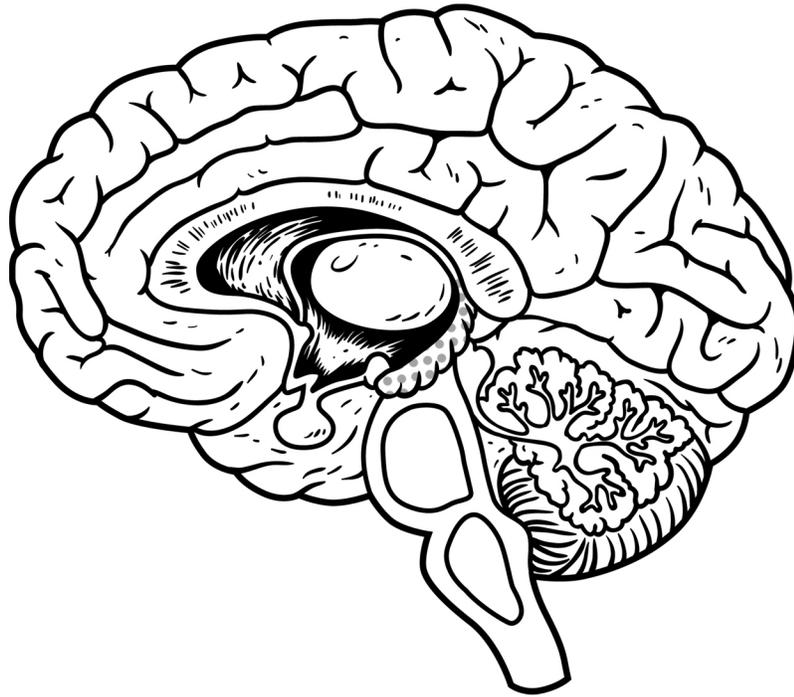
Le cerveau pensant

Votre cortex préfrontal est la partie de votre cerveau responsable de la pensée rationnelle et de la planification. Lorsque vous décidez ce que vous préparerez pour un repas, vous utilisez votre cortex préfrontal. Il vous aide à organiser l'information et à choisir ce qui devrait attirer votre attention; ce dont vous vous souvenez dépend de ce à quoi vous avez prêté attention. (Wilson, Lonsway & Archambault, 2018). Lorsque vous vivez un traumatisme, votre cerveau choisit les détails auxquels prêter attention, et à quel niveau, selon les besoins nécessaires pour survivre.

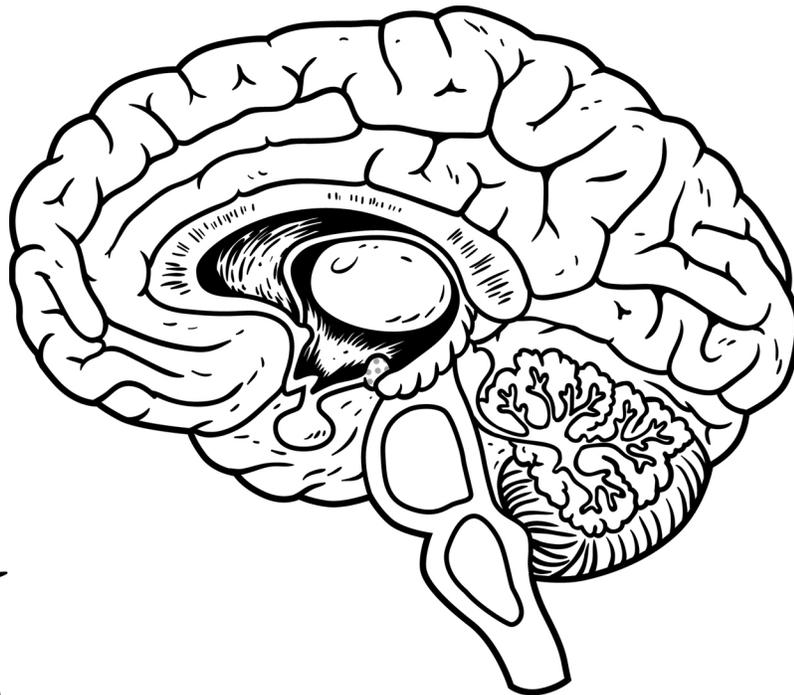
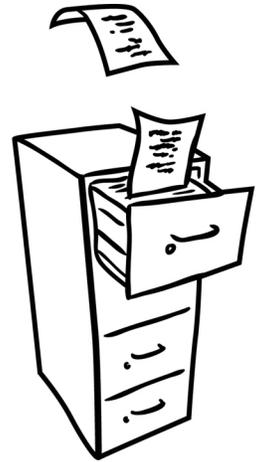
Le cerveau émotionnel

Maintenant, le cerveau émotionnel – un groupe de structures qui forment le système limbique. Le système limbique, que l'on appelle aussi le cerveau mammalien, est apparu avant le cortex préfrontal. Nous partageons cette partie du cerveau avec tous les mammifères – les chiens, les tigres et même les souris. Le système limbique nous permet de ressentir de l'amour, de la haine, de la colère, de la joie et de la peur. Lorsqu'une femme est menacée, son système limbique prend le dessus et son cerveau choisit comment elle va réagir avant qu'elle puisse logiquement évaluer les résultats de ses actions (Bailey, 2018).

Les parties du cerveau qui sont essentielles pour comprendre la réaction d'une femme au traumatisme sont l'amygdale, l'hypothalamus et l'hippocampe.



Pas de danger



Le cerveau sent le danger



L'amygdale reconnaît l'information émotionnelle comme les expressions faciales et joue un rôle clé dans le conditionnement – le processus d'apprentissage très inconscient qui fait que nous approchons des choses qui nous récompensent et que nous évitons celles qui nous punissent. C'est de l'amygdale que part la réaction de peur qui, comme un détecteur de fumée, nous avertit des premiers signes de danger (Bailey, 2018).

Voir la vidéo complémentaire en ligne. C'est le grille-pain qui permet d'expliquer cette métaphore plus en détail.

L'amygdale de chaque personne a un niveau de sensibilité différent. Si nous voyons l'amygdale comme un détecteur de fumée, nous pourrions dire qu'une femme qui a survécu à un traumatisme a un détecteur de fumée extrêmement sensible, installé directement au-dessus d'un grille-pain, par conséquent, le détecteur se déclenche souvent même s'il n'y a pas de feu. Dans le cadre de votre travail, vous avez peut-être déjà vu une survivante en détresse sans raison apparente. Elle a une raison. Son détecteur sent la fumée.

Quelles autres parties du cerveau forment le système limbique ?

L'**hypothalamus** est le centre de commande du cerveau. Il contrôle la respiration, la tension artérielle et la fréquence cardiaque. Lorsqu'une femme rencontre une menace, son amygdale avertit son hypothalamus, qui elle, signale à ses **glandes surrénales** d'envoyer de l'adrénaline et du cortisol, des produits chimiques qui préparent son corps à l'action (Comprendre la réaction du stress », 2018).

L'**hippocampe** joue un rôle très important dans la formation, l'organisation et l'entreposage des souvenirs. Il aide aussi à relier les sensations et les souvenirs (Cherry, 2018). Lorsqu'un son ou une odeur ou tout autre information sensorielle déclenche chez une femme le rappel d'un traumatisme ou le lui fait revivre, c'est son hippocampe qui fait les connections.

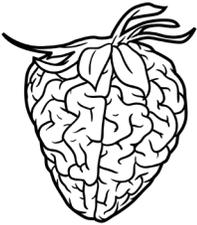
L'exercice du bouchon qui saute montre comment le cortex préfrontal et le système limbique sont liés. Essayez ceci maintenant : fermer le poing avec le pouce à l'intérieur de vos doigts; c'est notre modèle du cerveau. Levez ensuite votre main pour la voir de face. Votre pouce est le **système limbique**, votre cerveau émotionnel (amygdale et hippocampe) qui traite la mémoire. Vos doigts sont votre **cortex préfrontal**, votre cerveau pensant.



Ce n'est qu'un grille-pain

<https://www.oaith.ca/oaith-work/aging-without-violence/vieiller-sans-violence-vsv.html>

Lorsque les souvenirs du traumatisme sont déclenchés ou qu'une survivante de traumatisme se sent menacée, elle fait sauter le bouchon et cela crée une mauvaise connexion entre le cortex préfrontal (les doigts) et le tronc cérébral (le pouce) ce qui fait que la partie logique de son cerveau, celle qui résout les problèmes, devient inaccessible (Bailey, 2018). Quand une personne a fait sauter le bouchon, il se produit souvent des réactions émotionnelles intenses.



Matière à réflexion :

Vous est-il déjà arrivé que le bouchon saute à un moment inapproprié pour exprimer votre colère ? Qu'avez-vous pensé de vos gestes par la suite ?



Cortex préfrontal

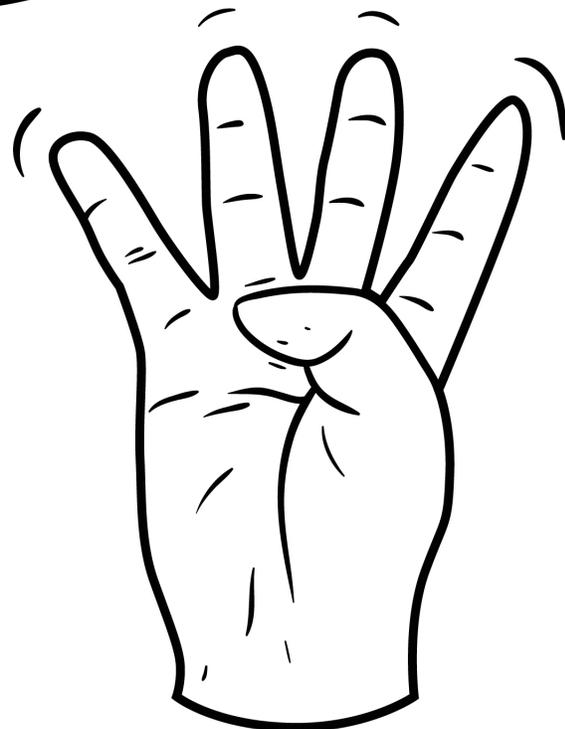
Hippocampe

Amygdale

Tronc cérébral

Moelle épinière

Calme - Le cerveau pensant est accessible



Peur - Le cerveau émotionnel prend le contrôle

Chapitre 2

Le pouvoir du cerveau

« Le cerveau est un fouillis monstrueux et magnifique. Ses millions de cellules nerveuses – que l'on appelle neurones – reposent dans un réseau emmêlé qui présente des pouvoirs cognitifs dépassant de beaucoup les machines de silicone que nous avons construites pour le représenter. »

- William Allman, Apprentices of Wonder



La hiérarchie du cerveau :

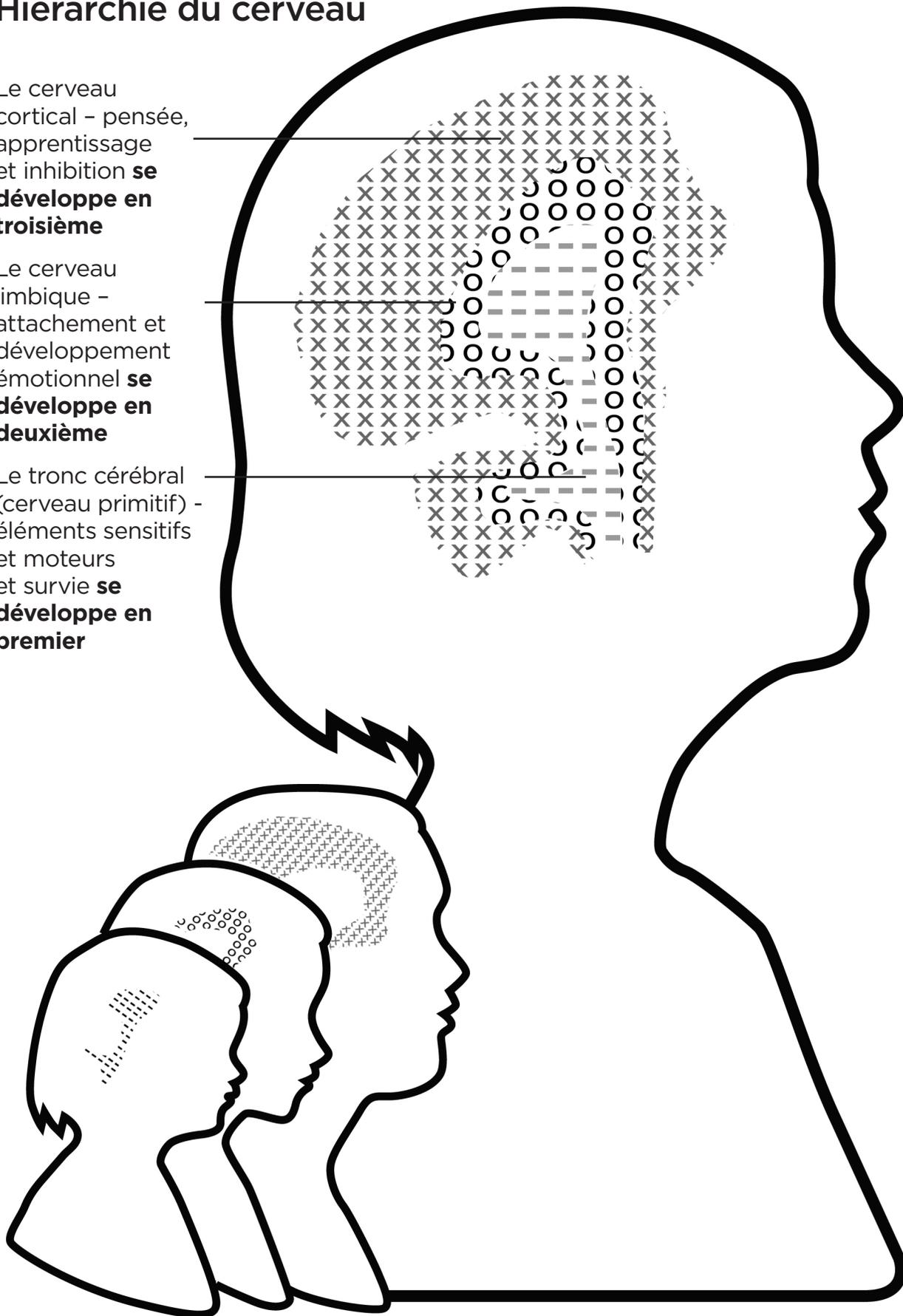
Une hiérarchie est un ensemble de choses organisées en couches. Votre cerveau a une hiérarchie dans laquelle la couche supérieure gère habituellement les couches qui se trouvent en-dessous. Dans la hiérarchie du cerveau, la couche supérieure est le **cortex**, qui comprend le **cortex préfrontal**, qui nous aide à raisonner, à nous servir du langage et à imaginer. Plus bas, dans la couche inférieure, se trouve le **système limbique** – le cerveau émotionnel qui influence la façon dont nous avons des relations avec les autres. La couche du dessous de la hiérarchie est le **tronc cérébral** qui gère les fonctions régulatrices comme la respiration et la fréquence cardiaque (« The Structure and Function of the Human Brain », 2019).

Hiérarchie du cerveau

Le cerveau cortical - pensée, apprentissage et inhibition **se développe en troisième**

Le cerveau limbique - attachement et développement émotionnel **se développe en deuxième**

Le tronc cérébral (cerveau primitif) - éléments sensitifs et moteurs et survie **se développe en premier**



Cette hiérarchie est habituellement dans l'ordre des choses, mais il y a des exceptions. Lorsqu'une femme est menacée, son cerveau pensant cède la place à son cerveau émotionnel et elle agit avec instinct pour survivre.

Comment communique le cerveau :

Les cellules du cerveau qui transmettent l'information s'appellent les **neurones**. La plupart des neurones sont séparés par de minuscules espaces que l'on appelle les **synapses**. Les neurones envoient des composés chimiques appelés **neurotransmetteurs** dans les espaces pour avertir d'autres neurones et envoyer des signaux de nos sensations, de nos pensées et de nos émotions (Brookshire, 2017).

Les nerfs sont des lignes de communication qui parcourent le corps du cerveau et sont organisés en divers systèmes. Nous mettrons l'accent sur le **système nerveux autonome**. Le cerveau se sert du système nerveux autonome pour communiquer avec les autres organes.

Le système nerveux autonome se compose de deux parties : le **système nerveux sympathique** et le **système nerveux parasympathique**. Le système nerveux sympathique « stimule » le corps pour les activités vigoureuses. Le **système nerveux parasympathique** facilite la réduction de la fréquence cardiaque et d'autres réactions non urgentes (Kalat, 2013).

Le traumatisme a des effets importants sur le système nerveux autonome puisque les menaces activent les systèmes nerveux sympathique et parasympathique. En particulier, les traumatismes dans l'enfance peuvent influencer la capacité d'une femme de réguler les systèmes sympathique et parasympathique tout au long de sa vie lorsqu'elle vit des stressors, même mineurs.

Le système nerveux

Système nerveux parasympathique

Cerveau

Système nerveux sympathique

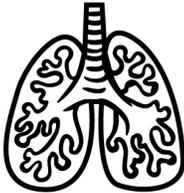
Contracte les pupilles



Stimule la salivation



Contracte les voies respiratoires



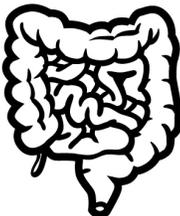
Ralentit la fréquence cardiaque



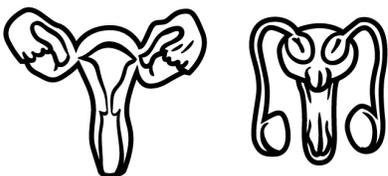
Stimule l'activité de l'estomac



Stimule l'activité des intestins



Contracte la vessie



Vasoconstriction génitale



Moelle épinière

Chaîne sympathique

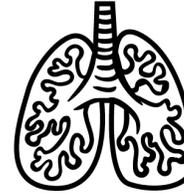


Dilate les pupilles

Inhibe la salivation



Relaxe les voies respiratoires



Augmente la fréquence cardiaque



Inhibe l'activité de l'estomac



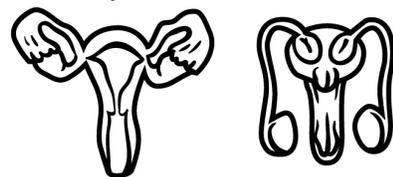
Inhibe l'activité des intestins



Sécrète l'épinephrine et la norépinephrine



Relaxe la vessie



Vasoconstriction génitale

Chapitre 3

La réaction au traumatisme

« Lorsqu'ils sont menacés ou blessés, tous les animaux pigent dans une bibliothèque » de réactions possibles. Nous orientons, nous défions, nous plongeons, nous nous raidissons, nous nous appuyons, nous rétractons, nous luttons, nous fuyons, nous gelons sur place, nous nous écroulons, etc. Toutes ces réactions coordonnées sont somatiques : ce sont des choses que fait le corps pour se protéger et se défendre. »

- Peter Levine



Lorsqu'une femme sent le danger ou qu'elle est attaquée, son corps envoie des signaux automatiques à son cerveau pour avertir son système nerveux qu'il y a une menace à sa sécurité et une cascade de réactions de défense neurobiologiques se met en place ce qui se résume souvent simplement par « bats-toi ou enfuis-toi ». Une femme ne choisit pas quelle réaction est initiée durant une attaque, mais elle peut ressentir de la culpabilité, de la honte, de la confusion et de la colère pour ne pas avoir réagi d'une certaine manière lors d'une violente attaque. Il arrive souvent que les survivantes se fassent poser des questions sur leurs actions ou leurs réactions physiques lors d'une attaque. Même des décennies après un incident traumatique (comme de l'abus sexuel dans l'enfance) une odeur, une image, un son, un toucher ou un goût peut déclencher des fragments de souvenirs et initier une réaction en cascade chez une femme plus âgée. Cette réaction au traumatisme peut effectivement altérer la partie rationnelle, logique et pensante du cerveau, qui devient encore plus confuse en raison des circuits de l'attachement qui sont activés en même temps que les circuits de la peur lorsqu'une femme vit de la violence de la part d'une personne qu'elle connaît et en qui elle a confiance. Les circuits de l'attachement suppriment également les circuits de défense d'une femme.

Les étapes de la survie

Arrêter, regarder, écouter- Le **système nerveux parasympathique** de la femme ralentit son cœur pendant que son **système nerveux sympathique** prépare ses muscles pour l'action.

Se battre ou prendre la fuite - La femme est en **hyperéveil**. Son **système nerveux sympathique** la prépare à fuir ou, si la fuite est impossible, à se battre. Sa fréquence cardiaque et sa respiration s'accroissent. Le sang afflue dans les muscles de ses bras et de ses jambes.

Être effrayée – La femme paniquée, se sent nauséuse et étourdie. Ses **systèmes nerveux sympathique et parasympathique** sont tous les deux très actifs, ce qui pourrait la faire agir abruptement.

Signaler – L'étape du désespoir. Le **système nerveux parasympathique** de la femme prend le dessus. Sa fréquence cardiaque et sa tension artérielle baissent. Ses « circuits d'incarnation » – le système de son cerveau qui lui permet de sentir son corps – sont compromis. Elle pourrait avoir de la difficulté à bouger. Elle pourrait se sentir engourdie ou séparée de son corps. Nous appelons cet état de déconnexion « **hypoéveil** ».

S'évanouir – Si la menace ne s'arrête pas, une **poussée parasympathique** pourrait ralentir la fréquence cardiaque d'une femme, réduire le débit d'oxygène dans son cerveau et interrompre les signaux de son tronc cérébral qui maintiennent sa tonicité musculaire. Cette interruption peut rendre la femme immobile ou faire qu'elle s'écroule. Le terme **immobilité hypotonique** décrit cette réaction. (Follette, Briere, Rozelle, Hopper, Rome, 2014; Kozłowska, Walker, McLean, Carrive, 2015; Schwartz, 2016).

La dissociation, l'immobilité tonique et hypotonique

La **dissociation** est la façon dont le cerveau déconnecte le corps d'une expérience traumatique ou des effets d'un traumatisme.

Ce phénomène est courant chez les survivantes de traumatisme et il peut souvent être confondu avec l'intoxication, le refus de coopérer et la tromperie. Les femmes qui ont vécu une peur extrême, un contact physique avec un agresseur, de la contrainte physique ou une impression que cela est inévitable pourraient aussi avoir une **immobilité tonique** durant une agression.

L'immobilité tonique (gelée par la peur) se produit quand une personne (on le voit aussi chez les animaux comme le chevreuil, les requins, les souris et les lapins) est extrêmement effrayée et qu'elle devient immobile, les membres rigides, comme gelée et qu'elle maintient cette position.

L'immobilité tonique peut inclure le regard fixe ou déconcentré, des sensations de froid, un évanouissement et de l'engourdissement ou de l'insensibilité à la douleur. Il peut y avoir des périodes intermittentes où les yeux sont fermés. Une femme peut être gelée par la peur, incapable de bouger ou de parler, mais être alerte et consciente ou elle peut faire l'expérience de la **dissociation**. Cela peut durer des secondes ou des heures et se terminer soudainement. Dans des causes d'agressions à caractère sexuel, on a déjà désigné ce phénomène comme une « paralysie provoquée par le viol ».

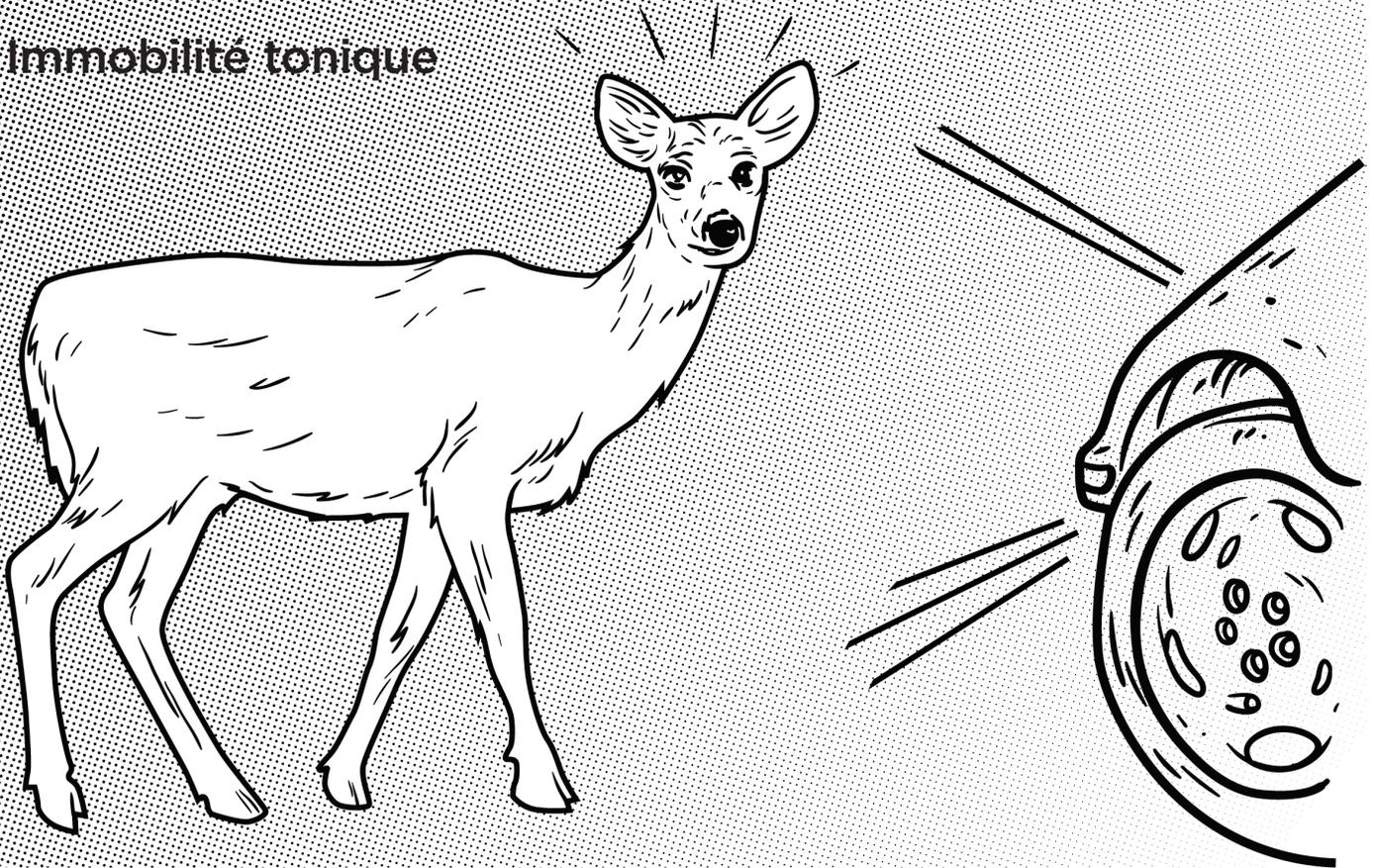
Les hormones secrétées lors d'un traumatisme

Les réactions hormonales au traumatisme peuvent apparaître immédiatement après le traumatisme ou plusieurs heures ou jours plus tard (Smith, 2017).

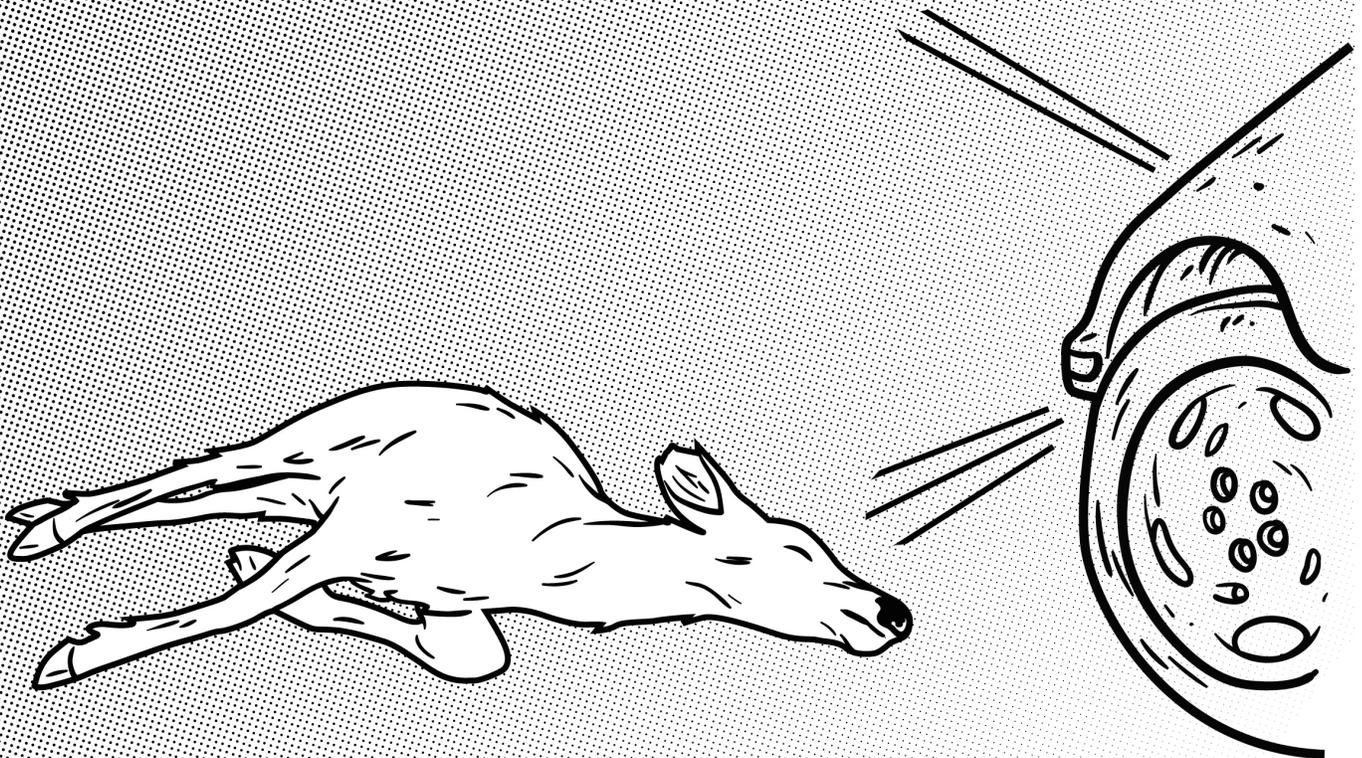
GELER - Opiacés ou oxitocine pour réduire la douleur physique et augmenter les sentiments positifs

FUIR OU SE BATTRE - Cortisol et catécholamines pour augmenter l'énergie et l'adrénaline

Immobilité tonique



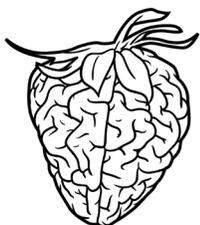
Immobilité hypotonique



L'immobilité hypotonique est souvent désignée comme « faire le mort » même si cette description est inexacte puisque le cerveau a choisi cette défense. Elle se caractérise par une diminution de la fréquence cardiaque, de la tension artérielle et par la réduction d'oxygène au cerveau rendant la personne incapable de parler ou de bouger, en plus de lui faire perdre sa tonicité musculaire. En cherchant un sens à une agression bouleversante et terrifiante, une survivante pourrait dire qu'elle a prétendu dormir, qu'elle s'est évanouie ou qu'elle a perdu la carte pendant l'attaque.

Plusieurs femmes vivent une immobilité tonique lors d'une agression sexuelle ou physique, une paralysie qui dure des secondes, des minutes et même des heures. Pendant ce temps, la femme ne peut pas parler ni bouger, mais elle demeure alerte. Après l'agression, il se peut qu'elle se blâme elle-même de ne pas avoir résisté.

Une femme qui a survécu à une agression peut dire qu'elle se sent « perdue », « engourdie » ou « déconnectée ». Lui faire comprendre que ce sont des réactions naturelles que vivent plusieurs survivantes de traumatisme peut l'aider à se sentir soutenue et moins seule et à espérer que ses sentiments de déconnection et d'engourdissement puissent changer.



Matière à réflexion :

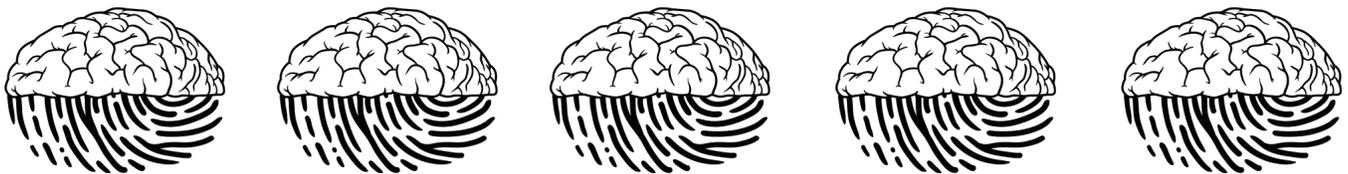
- Est-ce qu'une femme vous a déjà raconté qu'elle avait été incapable de bouger pendant une attaque ? Comment se sentait-elle en essayant de se rappeler de l'attaque ?
- Quels facteurs seraient importants à considérer dans votre ton de voix, votre comportement, vos gestes et votre espace physique quand vous êtes avec une femme qui a vécu un traumatisme complexe ?

Chapitre 4

Le traumatisme en héritage

« Le traumatisme intergénérationnel est directement lié au bannissement des pratiques culturelles, aux politiques et aux institutions d'assimilation ainsi qu'à la perte de culture. Il s'agit d'une réaction aux blessures multigénérationnelles, collectives et historiques du moral, des émotions et de l'esprit. »

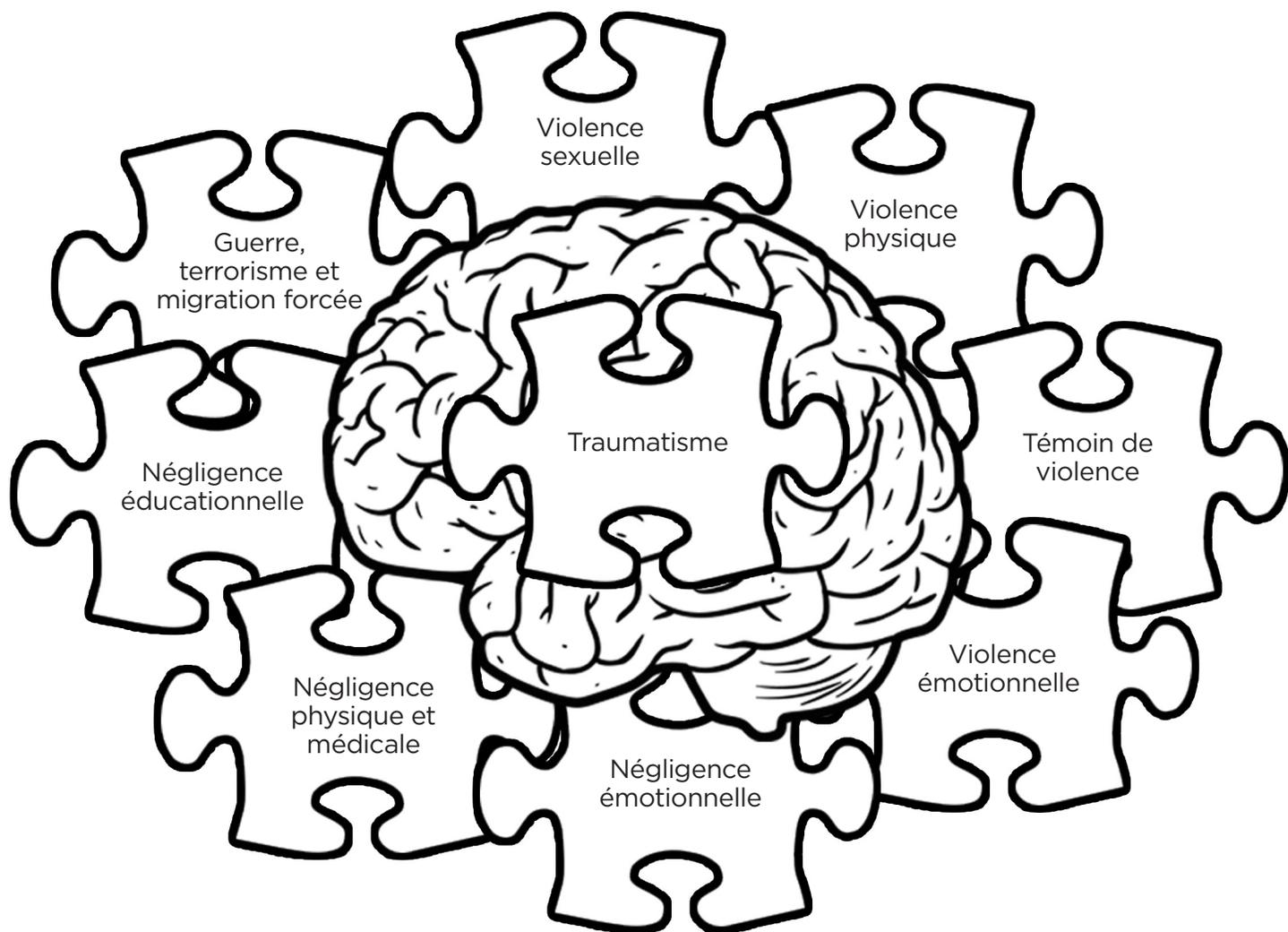
(The Soul Wounds of the Anishinabek People, 2013, page 8)



Le traumatisme se perpétue. Il se passe d'une génération à l'autre dans les familles (**traumatisme intergénérationnel**) et dans les cultures et les populations où les personnes ont été opprimées et violentées (**traumatisme historique**) (Intervention to Address Intergenerational Trauma, 2012). La plupart des traumatismes interpersonnels dont souffrent les enfants leur ont été infligés par des personnes qui ont subi un traumatisme dans leur enfance. Cette tendance à la répétition est un aspect intégral de ce qu'on appelle « le cycle de la violence » (Van Der Kolk, 1989).

Plusieurs femmes aînées qui ont subi un traumatisme complexe ont vécu de la violence de la part de plusieurs agresseurs. Certaines de ces femmes pourraient n'avoir jamais dévoilé leur traumatisme même dans les cas où la violence a commencé alors que les femmes étaient jeunes.

Le terme **traumatisme complexe** décrit l'expérience de multiples événements traumatiques qui ont commencé très tôt dans la vie d'une femme. Si un enfant souffre d'un traumatisme, il est probable que le traumatisme fasse partie d'une série d'événements traumatiques. Le traumatisme complexe peut inclure la violence sexuelle, la violence physique, la guerre, la violence communautaire et la négligence. Elle peut aussi inclure le fait d'être témoin de violence – si un enfant voit un de ces parents violenter l'autre, ou voit sa sœur ou son frère ou une autre jeune personne être victime de violence (Trauma-Informed, 2013).

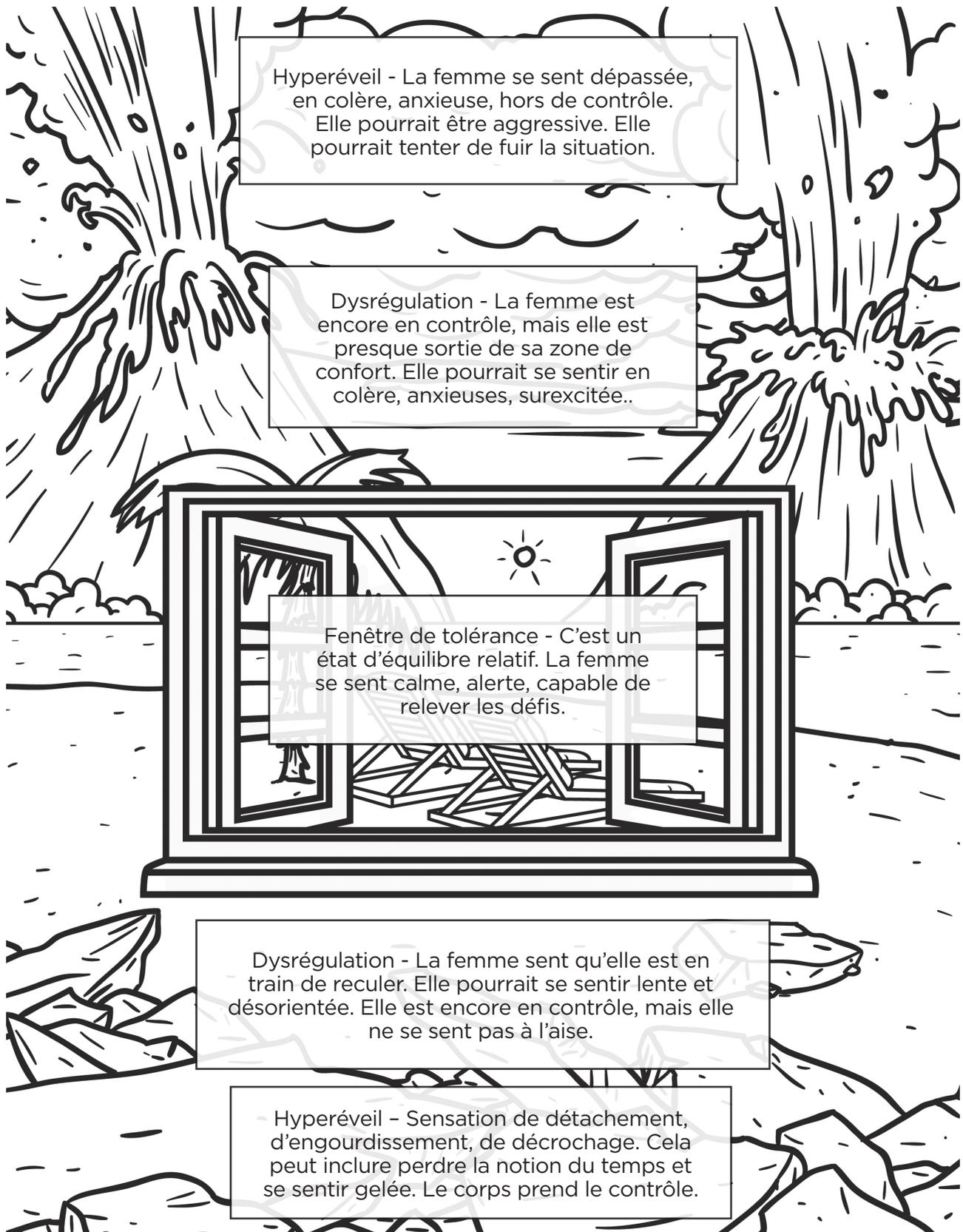


Une femme qui a vécu un traumatisme complexe peut être saisie par de puissantes émotions qu'elle ne peut pas contrôler. Elle peut être submergée par ces émotions qui peuvent provoquer de la peur, chez elle et chez les personnes qui l'entourent. Ces accès peuvent être déclenchés par des stimuli qui semblent mineurs. Nous appelons ce mode de réaction Dysrégulation émotionnelle et elle est caractéristique du traumatisme complexe (Franco, 2018). Dans votre travail, vous verrez peut-être une femme se mettre tout à coup en colère ou avoir peur sans raison évidente. Dans de tels moments, il est possible que quelque chose dans l'environnement ait déclenché chez elle un état émotionnel puissant.

Voir les effets du traumatisme comme des réactions naturelles et protectrices basées sur la résilience et la survie aide à comprendre la critique des approches psychiatriques du traumatisme, par exemple, diagnostiquer des réactions au traumatisme en se basant sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Ultimement, il serait probablement plus utile pour votre cliente de voir ses réactions au traumatisme comme des habiletés d'adaptation plutôt que des symptômes de maladie mentale. Les diagnostics, y compris le trouble de stress post-traumatique (TSPT), ont également été critiqués comme allant à l'encontre de la perspective intersectorielle et de la réalité des structures sociales dans lesquelles nous vivons et faisons l'expérience de la violence (Burstow, 2003).

La Dysrégulation émotionnelle et la « fenêtre de tolérance »

Le traumatisme affecte la « fenêtre de tolérance » d'une femme - cependant, du soutien et des services tenant compte du traumatisme permettent d'élargir cette fenêtre.



Le traumatisme intergénérationnel et le traumatisme historique

Lorsqu'il n'est pas résolu, le **traumatisme historique** se transmet d'une génération à l'autre, nous le désignons alors comme un **traumatisme intergénérationnel** ou **traumatisme multigénérationnel**. Quand un groupe de personnes partageant une affiliation (ethnicité, race, religion) ont été opprimées ou violentées au cours de générations successives, nous appelons cette violence **traumatisme historique**. Nous n'avons pas à chercher bien loin pour voir les effets dévastateurs du **traumatisme historique**. Au Canada, les peuples autochtones ont souffert de discrimination, de préjugés, de pertes de vie et de déculturation systémique – des abus tolérés par la société et encouragés par les politiques du gouvernement (Allan & Smylie, 2015).

« La dévastation sociale et culturelle autochtone actuelle est le résultat d'un traumatisme personnel et collectif implacable lié à l'effondrement démographique provoqué par les premières épidémies d'influenza, de variole et d'autres maladies infectieuses ainsi que par la conquête, les guerres, l'esclavage, la colonisation, le prosélytisme, la famine et la privation, les pensionnats indiens (de 1892 à la fin des années 1960) et l'assimilation forcée... Depuis la période de contact, les peuples des Premières Nations ont vécu plusieurs vagues d'expériences traumatiques, tant au niveau social qu'individuel et ces expériences ont continué à placer un énorme fardeau sur les sociétés autochtones de l'ensemble du continent. » (Fondation autochtone de guérison, 2004).

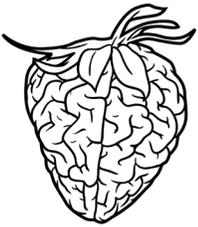
Au cours des quatre dernières décennies, on estime que plus de 20 000 enfants autochtones ont été enlevés à leur famille par les services d'aide à l'enfance, placés dans des familles majoritairement non autochtones et séparés de leur communauté, de leur culture et de leur langue (Paradis, 2018). La « rafle des années soixante » fait référence à une période de l'histoire canadienne commençant dans les années 1960, qui serait cependant mieux décrite comme la « rafle du millénaire » et une crise toujours actuelle. Aujourd'hui, les enfants autochtones sont plus que trois fois plus nombreux à être placés au soin de la province qu'au plus fort du système des pensionnats indiens (Blackstock, 2010).

En Ontario, les enfants autochtones représentent seulement 4,1 p. 100 de la population de moins de 15 ans, mais environ 50 p. 100 des enfants placés en famille d'accueil. Cette surreprésentation augmente parce que les décisions des services à l'enfance deviennent plus intrusives et plus extrêmes. (« Enfances interrompues », Commission des droits de la personne de l'Ontario, 2018). Bien que les enfants métis et inuits soient aussi surreprésentés dans les systèmes d'aide à l'enfance, les enfants des Premières Nations qui ont moins de 19 ans représentent 3 p. 100 des enfants de l'Ontario et 21 p. 100 de toutes les pupilles de la province (Kozlowski, et al. 2012).

Les systèmes, les fournisseurs de services et les politiques ne situent pas toujours les problèmes en contexte, en particulier, la négligence reliée aux enfants autochtones dans le cadre de la colonisation au Canada. Dans plusieurs cas, les problèmes, dont la négligence en matière d'éducation et de santé en raison du manque de ressources financières sont ultimement enracinés dans des facteurs structurels bien au-delà du

contrôle des pourvoyeurs de soins comme la pauvreté sociale, le mauvais usage de drogues, d'alcool et de médicaments ainsi que le logement inadéquat (Blackstock, 2010).

Une aînée autochtone avec qui vous travaillez peut avoir subi de la violence et de l'abus dans le système des pensionnats indiens, avoir été enlevée à sa famille par les services d'aide à l'enfance ou avoir vu ses compétences parentales mises en cause par des fournisseurs de services et des systèmes. Elle pourrait avoir été traumatisée si profondément à un très jeune âge qu'elle n'a pas de mots pour décrire le traumatisme; elle pourrait avoir parlé de son traumatisme sans que personne ne l'ai crue. Dans vos interactions avec une survivante de traumatisme historique ou tout autre type de traumatisme, sachez qu'elle peut déjà avoir demandé de l'aide et que l'on ait refusé de l'aider. De plus, il se pourrait que ce soient précisément les services et les systèmes qui aient perpétué le traumatisme le plus important de sa vie. Souvenez-vous aussi du pouvoir de guérison que peuvent avoir le respect, l'empathie et la compassion.



Matière à réflexion :

- Avec quels systèmes et services une survivante des pensionnats indiens pourrait-elle hésiter à communiquer ? Quelles stratégies pourraient l'aider à bâtir sa confiance ?
- Quels sont les services destinés spécifiquement aux femmes autochtones dans votre collectivité et dans les environs et quels sont les services accessibles autrement ?

Chapitre 5

Les effets du traumatisme

« D'entrée de jeu, le traumatisme remet en cause la justice dans le monde et les hypothèses de base de la vie humaine qui nous aident dans la vie quotidienne... il serait difficile de quitter la maison le matin si vous pensiez que le monde n'est pas sécuritaire, que tout le monde est dangereux ou que la vie n'en vaut pas la peine. »

(Centre for Substance Abuse Treatment, 2014).



Chaque personne réagit au traumatisme à sa manière. La force du système de soutien d'une femme, ses capacités d'adaptation et la nature du traumatisme qu'elle a vécu sont tous des facteurs qui définiront les répercussions du traumatisme sur son cerveau, sur son corps et sur sa vie entière.

Si les effets du traumatisme interfèrent dans le fonctionnement d'une femme pour plus d'un mois, les professionnelles et professionnels de la santé pourraient faire un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (TSPT) ou de TSPT complexe ("DSM-V Criteria for PTSD," 2018).

Parmi les symptômes du TSPT inclus dans l'article, on retrouve : revivre l'événement traumatique encore et encore, avoir des souvenirs bouleversants de l'événement, éviter tout ce qui pourrait rappeler le traumatisme, être incapable de ressentir du plaisir, avoir de la difficulté à se concentrer, avoir des problèmes de mémoire et de sommeil, être en hypervigilance ("DSM-V Criteria for PTSD," 2019).

Un traumatisme auquel a survécu une femme âgée peut influencer son expérience du vieillissement – même si le traumatisme s'est produit lorsqu'elle était enfant et qu'elle ne s'en souvient pas complètement ou pas du tout. Le traumatisme augmente le risque qu'une âgée développe des problèmes de cœur ou de foie ou une maladie auto-immune ou neurodégénérative ainsi que des problèmes de santé mentale comme la dépression, l'anxiété et la psychose (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014). Les survivantes de traumatisme ont plus de risque de présenter des symptômes de ménopause pénibles dont des problèmes de sommeil, des sueurs nocturnes, de la sécheresse vaginale et de la douleur durant une relation sexuelle (Nogrady, 2018). Trop souvent, le traumatisme qu'a vécu une femme n'est pas reconnu comme un élément central dans son bien-être et sa santé mentale.

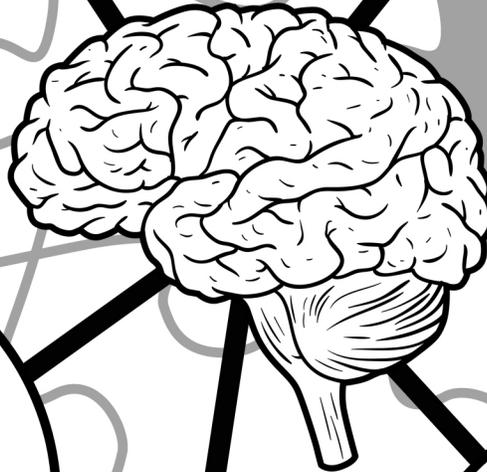
Effets du traumatisme sur le cerveau

Physiques

- Douleur chronique, engourdissement
- Maux de tête
- Problèmes respiratoires
- Problèmes de sommeil
- Problèmes de digestion

Émotionnels et cognitifs

- Troubles de concentration
- Irritabilité
- Peur, anxiété, dépression
- Difficulté à gérer la colère
- Dissociation
- Pertes de mémoire et de la notion du temps
- Engourdissement émotionnel ou pas d'émotions



Comportementaux

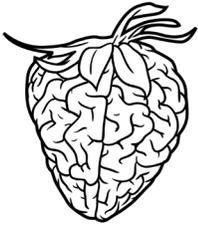
- Dépenses excessives
- Usage de stupéfiants
- Isolement de la famille et des amis et amis
- Implication dans le système judiciaire

Spirituels

- Perte du lien avec la foi, une puissance supérieure, la spiritualité, la nature, soi-même, la famille et la communauté
- Sentiments de culpabilité, de honte et haine de soi-même

Interpersonnels

- Difficulté à maintenir des relations
- Difficultés à établir des limites
- Manque de confiance



Matière à réflexion :

- De quoi est composé un « système de soutien » ? Quelles sont les relations et les circonstances impliquées ?
- Vous est-il déjà arrivé de devoir endurer seule une chose difficile ?
- Qui - (ou qu'est-ce qui) - vous aide à vous sentir soutenue ?

Chapitre 6

Le traumatisme et les problèmes de santé concurrents

« Plus le traumatisme est important, plus le risque d’abus d’alcool et de drogues, de dépression, de tentatives de suicide et d’autres séquelles négatives est élevé. Clairement, nous ne pouvons pas aborder l’ensemble des soins de santé d’une personne ou nous concentrer sur la promotion de la santé et la prévention des maladies sans tenir compte du traumatisme. » (Rosenberg, 2011, p. 428).



Le traumatisme et les problèmes de santé liés à l’âge

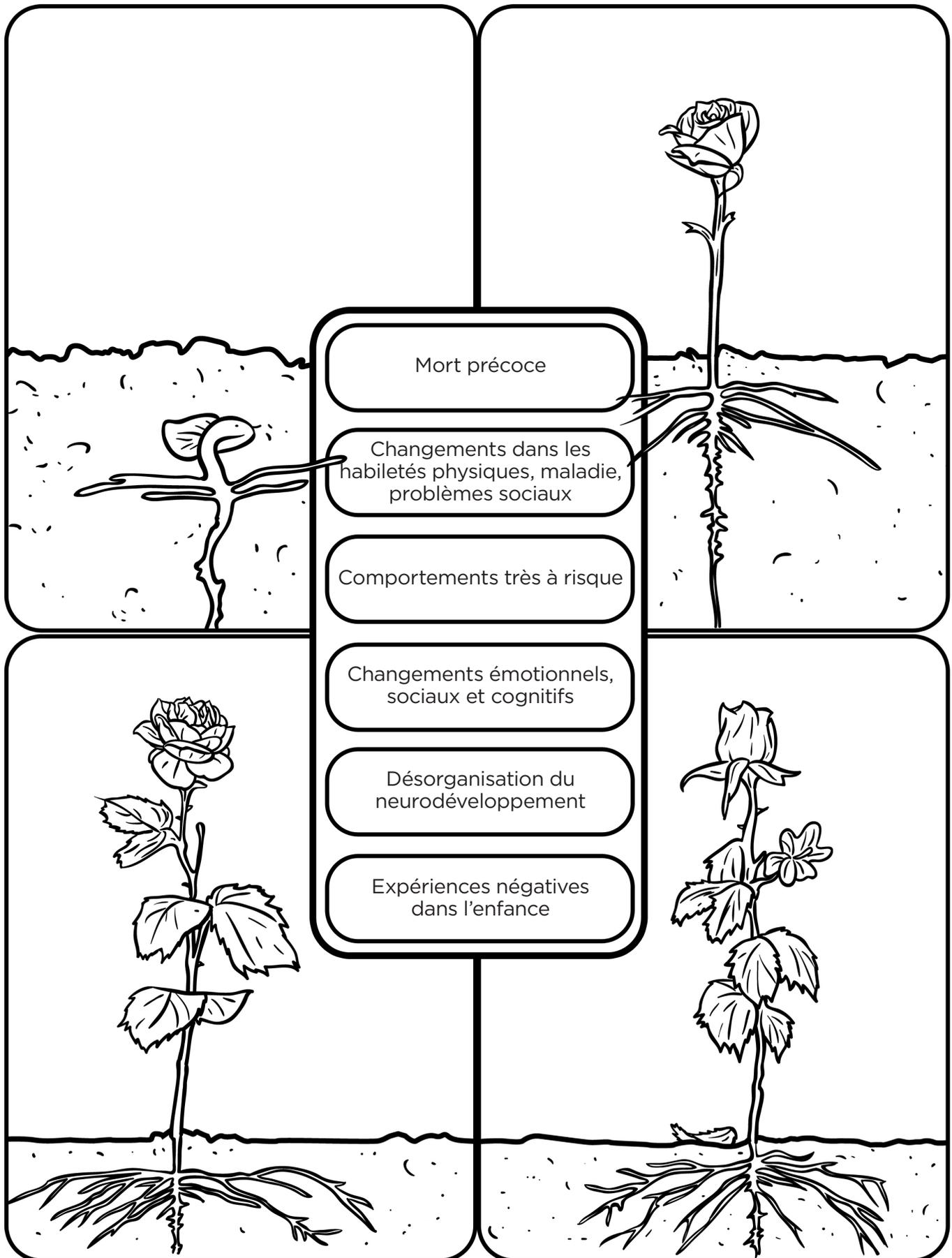
À mesure que nous vieillissons, nos fonctions corporelles, nos pensées, nos comportements et nos émotions changent. Le traumatisme accélère le processus de vieillissement. Les scientifiques peuvent en fait « voir » cette accélération au niveau cellulaire. Les études suggèrent que les survivantes de traumatisme ont un risque élevé de développer une maladie cardiovasculaires et le diabète de type 2 (Wolf, 2016). Les femmes qui ont vécu un traumatisme ont tendance à avoir une durée de vie plus courte que celles qui n’ont pas vécu de traumatisme (Lohr, et al. 2015). Le traumatisme dont une femme a souffert dans l’enfance peut continuer à avoir des effets sur sa santé et son bien-être quand elle vieillit.

Le traumatisme et la maladie neurodégénérative

Le terme maladie neurodégénérative fait référence à diverses maladies qui détruisent le cerveau et le système nerveux, y compris la maladie d’Alzheimer, la maladie d’Huntington et la maladie de Parkinson. Le risque qu’une femme soit touchée par une maladie neurodégénérative augmente considérablement à mesure qu’elle vieillit (Neurodegenerative Diseases, 2019).

Plusieurs maladies neurodégénératives sont associées à la démence (ONDRI Diseases, 2019). Lorsque les troubles de mémoire et les problèmes cognitifs sont assez graves pour nuire à la vie quotidienne d’une femme, la dégradation peut être classifiée comme de la démence (“What is Dementia,” 2019). Une femme souffrant de démence peut être désorientée. Elle peut aussi chercher ses mots et oublier les noms. Elle pourrait devenir agressive, moins s’intéresser aux activités sociales ou trouver que les autres sont suspects (10 Warning Signs, 2019).

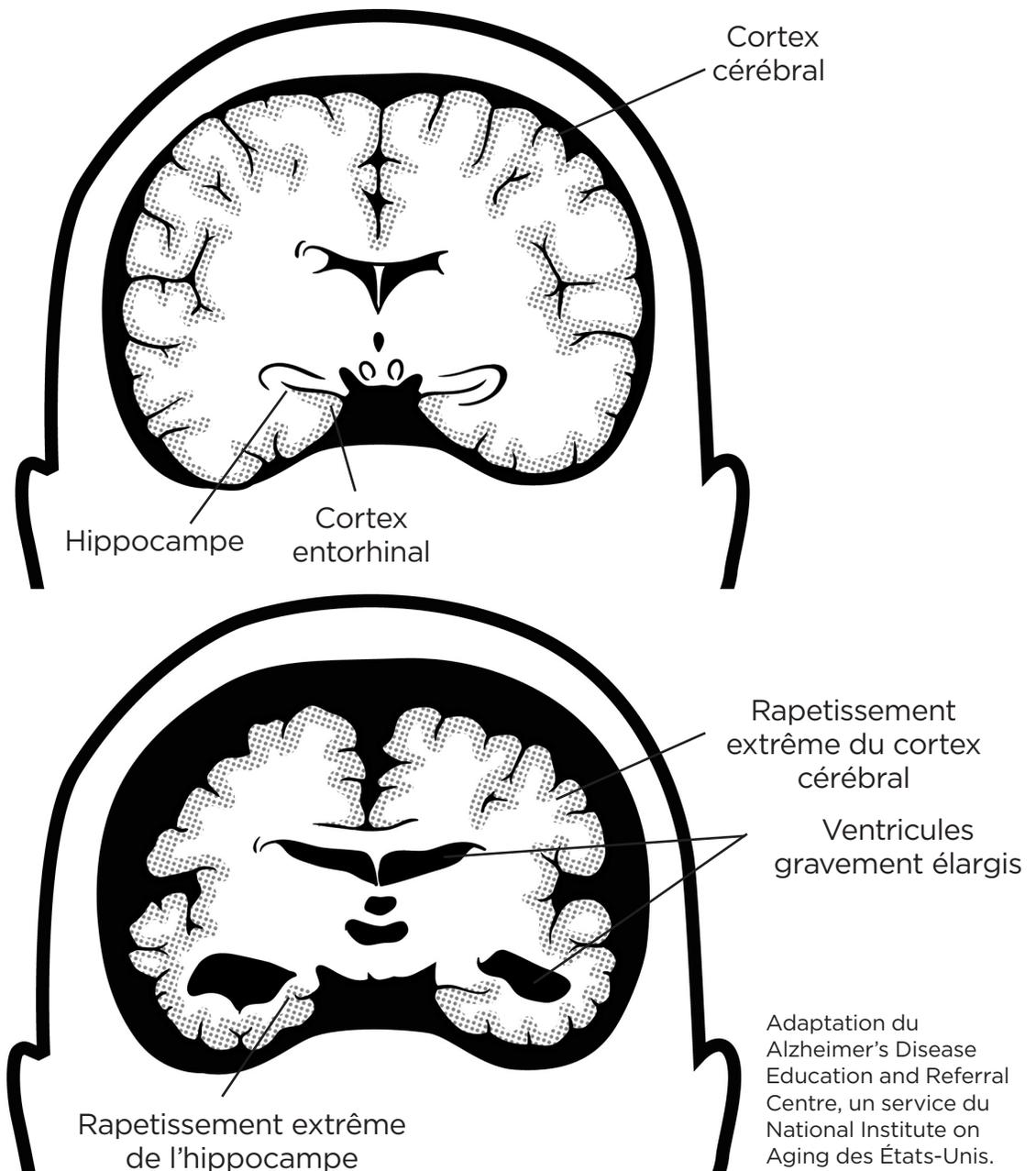
Effets du traumatisme au cours de la vie

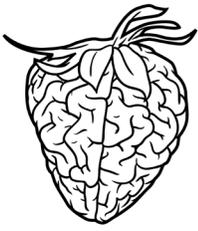


La démence d'une femme âgée peut être aggravée par un traumatisme auquel elle a survécu ou qu'elle vit présentement. Elle pourrait être victime de violence ou d'abus de la part d'un conjoint ou d'une conjointe ou d'un membre de la famille. Il est particulièrement difficile pour les femmes souffrant de démence d'avoir accès à des services de soutien parce qu'elles ont de la difficulté à communiquer et à comprendre les systèmes.

Les effets de la démence et le cerveau

Comparez les deux images suivantes du cerveau. La première montre un cerveau en santé et la seconde le cerveau d'une personne atteinte de démence. Notez combien le second cerveau est plus petit. Notez aussi comment les ventricules - les cavités dans le cerveau - sont élargis dans le second cerveau. La réduction du volume du cerveau est caractéristique de plusieurs types de démence.





Matière à réflexion :

- Comment les changements cognitifs associés à la démence affectent-ils la capacité d'une survivante de traumatisme de naviguer dans les services, de retenir l'information et de se rendre à ses rendez-vous ? Quels gestes pourriez-vous faire pour atténuer les obstacles ?

Le traumatisme cérébral et la violence faite aux femmes

Un **traumatisme cérébral** est une blessure au cerveau causée par une force physique externe dont les blessures pénétrantes comme une balle perçant le crâne ou un traumatisme crânien fermé comme la force d'un objet contondant ou un coup direct à la tête contre une surface comme un mur.

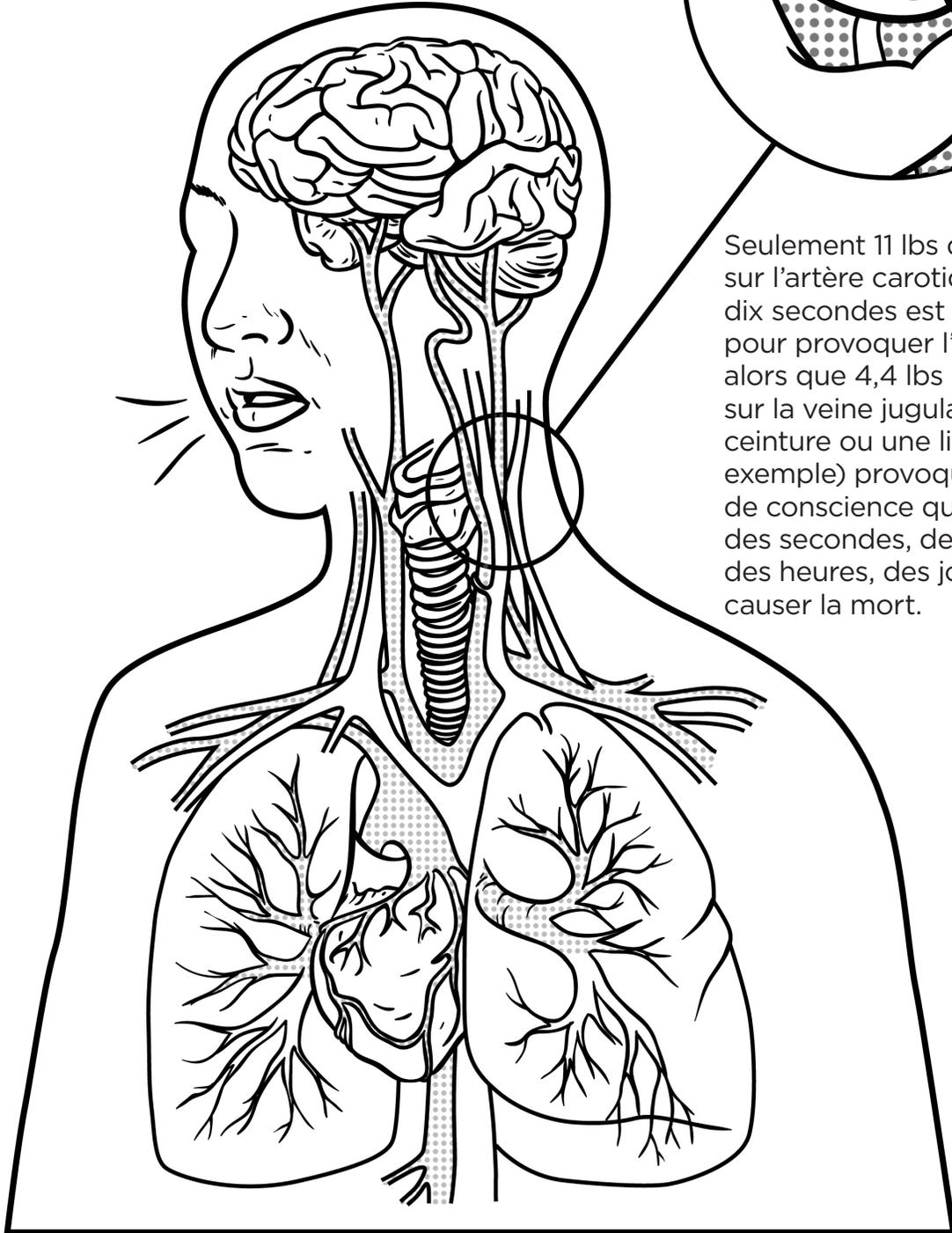
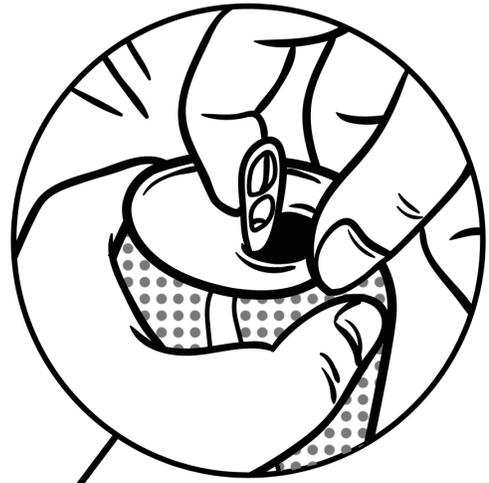
Pour les femmes qui ont vécu de la violence physique, les blessures les plus courantes se retrouvent à la figure, à la tête et au cou. Les attaques dans cette partie du corps causent souvent des blessures au cerveau, par contre, il arrive souvent qu'elles ne soient pas diagnostiquées en raison du manque de recherche ou de connaissances sur le traumatisme cérébral et la violence dans les relations. Une femme peut subir un traumatisme cérébral sans perdre connaissance et pourrait ne pas avoir de symptômes évidents. Aucun test unique ne peut confirmer un diagnostic de traumatisme cérébral ou de commotion cérébrale, ce qui est un type de traumatisme cérébral (Traumatic Brain Injury and Concussion, 2012-2017).

Une blessure au cerveau peut également être provoquée par strangulation ou asphyxie – lorsque qu'une force externe empêche l'oxygène de se rendre au cerveau, même pour de courtes périodes et avec une force minimale. Certaines ressources comme le J. Campbell Danger Assessment utilisent le terme « étouffement », comme le font souvent les survivantes, plutôt que le terme « strangulation ». La trachée peut également être comprimée lors de la strangulation et, combinée avec l'asphyxie, elle peut provoquer l'inconscience. Une femme peut sembler aller bien après avoir subi une strangulation, ne pas se souvenir complètement de ce qui s'est produit, ne pas avoir de blessures externes visibles et mourir quelques jours ou quelques semaines plus tard parce que des caillots se sont logés dans l'artère carotide ou avoir des complications comme une pneumonie ou une embolie.

Une femme qui a déjà été victime de strangulation pourrait avoir un risque élevé d'être blessée physiquement ou d'être tuée par l'agresseur.

Le traumatisme cérébral et la strangulation

Environ 20 lbs de pression pour ouvrir une cannette



Seulement 11 lbs de pression sur l'artère carotide pendant dix secondes est nécessaire pour provoquer l'inconscience, alors que 4,4 lbs de pression sur la veine jugulaire (avec une ceinture ou une ligature, par exemple) provoquera une perte de conscience qui pourrait durer des secondes, des minutes, des heures, des jours ou même causer la mort.

Les signes peuvent inclure : des changements dans la voix, de la douleur ou de la difficulté à avaler, de l'hyperventilation, de la difficulté à respirer, des abrasions au menton, des égratignures, des écorchures, des rougeurs ou des bleus au cou, des pétéchies (minuscules points rouges indiquant des ruptures de capillaires), des marques de ligature, de l'enflure dans le cou, une perte de mémoire et des vomissements.

Une femme qui aurait subi plusieurs traumatismes cérébraux au cours de sa vie pourrait avoir des séquelles comme : des problèmes de mémoire, des maux de tête, de la fatigue, des difficultés d'apprentissage, une flexibilité cognitive réduite, de la détresse générale, de la dépression, de l'anxiété, de l'irritabilité, des problèmes de communication et d'autres symptômes généralement associés au TSPT résultant du traumatisme au cerveau qu'elle a subi.

La concentration et l'impulsion caractérielle peuvent être touchées. Une femme qui a subi un traumatisme cérébral pourrait exprimer une émotion qui ne correspond pas à la situation dans laquelle elle se trouve. Sa vision et sa coordination peuvent en souffrir. Elle pourrait faire des crises d'épilepsie. Un de ces effets ou une combinaison d'effets pourraient interférer sur sa capacité de fuir une situation dangereuse et d'avoir accès à des services reliés au traumatisme.

Il est difficile de faire la distinction entre les symptômes reliés au TSPT et ceux du traumatisme cérébral et une femme pourrait avoir des symptômes reliés autant à l'un qu'à l'autre. (Henderson, 2016). Naviguer dans le chevauchement et l'influence réciproque entre le TSPT et le traumatisme cérébral est particulièrement problématique pour une femme qui vit avec ces deux conditions (Lash, 2018).

Bien que le dépistage du traumatisme cérébral ne fasse pas nécessairement partie de la portée de notre outil, les récentes recherches suggèrent qu'une pratique prometteuse pourrait inclure de soutenir les survivantes de violence comme si elles avaient vécu un traumatisme cérébral même sans un diagnostic. Cela implique de répéter l'information, de prendre plus de temps pour les rendez-vous, de transmettre l'information lentement, d'aider la femme à se créer des plans personnalisés pour effectuer ses tâches et de faire un suivi et des rappels sans jugement ni frustration (Valdera, 2003).

Le traumatisme et les problèmes de santé mentale concurrents

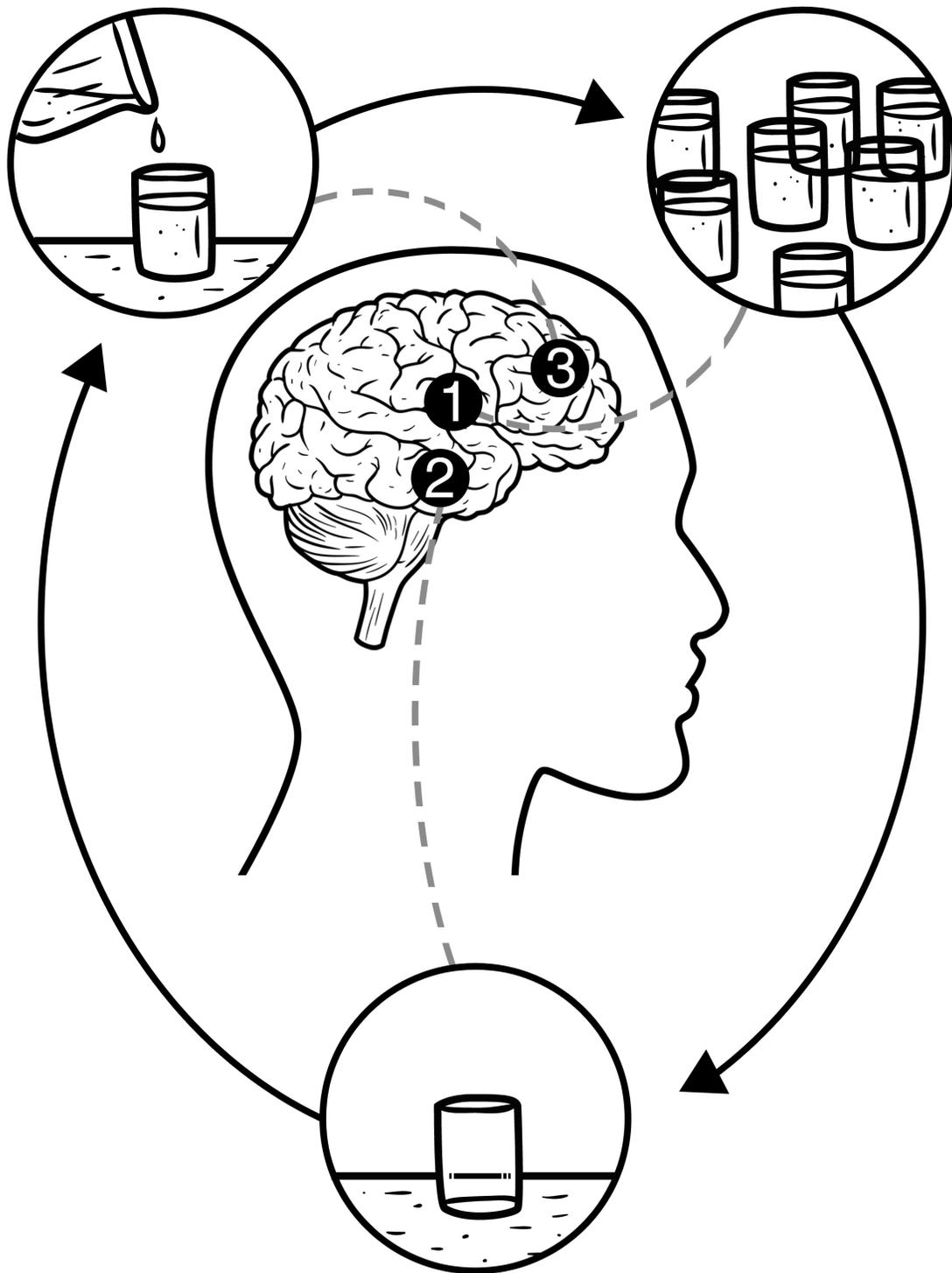
Chez les femmes âgées, la consommation de drogues et d'alcool pourrait augmenter le risque de vivre d'autres traumatismes, spécialement dans certains lieux et situations (Fairbrother, 2004). Les approches de réduction des méfaits portent sur la réduction du risque tout en mettant en contexte les choix de consommation d'une femme en tenant compte du traumatisme et de la discrimination qu'elle a vécus durant sa vie et du traumatisme intergénérationnel.

Anxiété – Le TSPT peut aller main dans la main avec d'autres problèmes d'anxiété comme le trouble anxieux généralisé, l'anxiété sociale et les troubles obsessionnels compulsifs.

Dépression – La recherche montre que près de la moitié des personnes qui ont un diagnostic de TSPT souffrent également de dépression ou en ont déjà souffert (Tull, 2018).

Psychose – Les études suggèrent qu'une proportion importante des troubles psychotiques est une réaction au traumatisme et qu'une femme peut avoir des symptômes ressemblant à ceux du TSPT après avoir vécu des épisodes psychotiques (Morrison, Frame & Larkin, 2003).

La consommation de drogues et d'alcool et le traumatisme



Certaines femmes qui ont survécu à un traumatisme consomment des drogues et de l'alcool pour mieux supporter les effets du traumatisme. La consommation de certaines drogues, dont l'alcool fait en sorte que le cerveau libère de la dopamine, un neurotransmetteur qui contribue à la sensation de plaisir. Les drogues et l'alcool peuvent offrir un répit temporaire à la détresse, mais cela se fait à un prix très élevé. La femme peut devenir dépendante aux drogues ou à l'alcool et sa consommation peut la mener dans des situations où elle serait à risque de subir d'autres traumatismes.

Le deuil compliqué

Le deuil est un choc qui se produit en phases – la douleur immédiate et vive de la perte et la période de deuil prolongée qui suit. Le deuil active la réaction de stress et rend hypoactives certaines parties du cerveau qui régulent l'émotion.

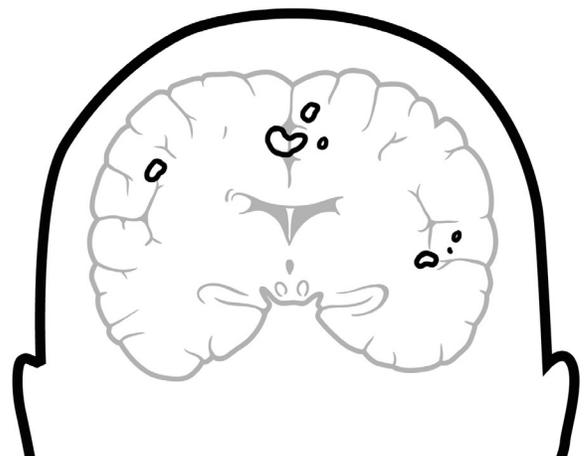
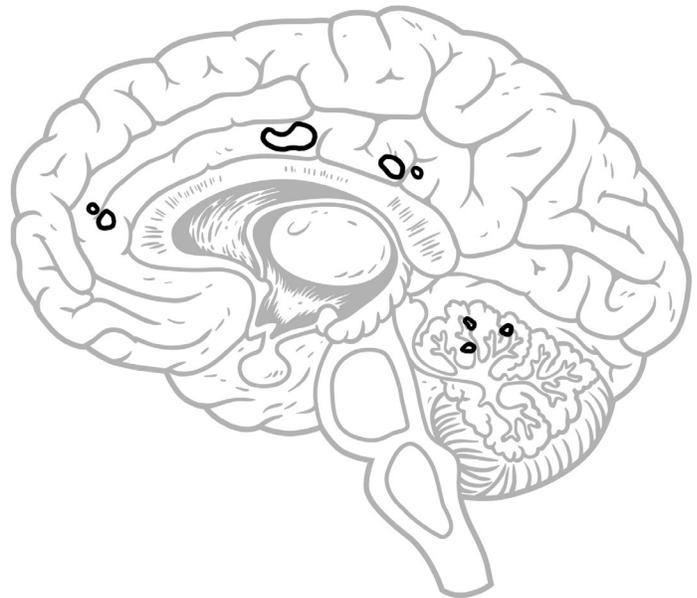
Dans l'immédiat et à la suite de la perte, une femme peut pleurer, avoir des problèmes de sommeil et être irritable. Sa mémoire peut en souffrir. Le deuil peut compromettre le système immunitaire d'une femme et la rendre vulnérable à la maladie.

Par le passé, on considérait le deuil et le traumatisme comme deux choses distinctes, mais on les voit maintenant comme des entités qui interagissent. Le **deuil compliqué** (que l'on appelle parfois le **deuil traumatique**) implique qu'une personne endeuillée souffre de stress et de désespoir à des niveaux élevés pendant plus d'une année. Environ 9 p. 100 des femmes âgées qui ont vécu un deuil, ont eu un deuil compliqué (Shear et. al, 2014).

Le deuil compliqué a des effets débilissants. Une femme qui en souffre vivra d'intenses périodes de nostalgie de la personne décédée – une nostalgie qui nuit à sa capacité de fonctionner au quotidien. Les symptômes du deuil compliqué comprennent : l'engourdissement, la sensation de ne servir à rien et de vivre dans le brouillard, l'impression que la vie est vide et que la confiance et la sécurité ont été touchées.

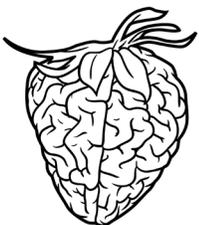
La douleur cardiaque est enracinée dans le cerveau

Les marqueurs neurobiologiques du deuil compliqué comprennent des niveaux plus élevés que la moyenne de l'hormone du stress (**cortisol**) et une plus grande activation du **noyau accumbens** (une région clé du cerveau influençant le plaisir et la dépendance) lorsque l'on regarde les images du cerveau d'une personne décédée (O'Connor, 2019; Regehr & Sussman, 2004).



La douleur cardiaque est enracinée dans le cerveau

Les survivantes de traumatisme et les femmes qui ont vécu de la douleur complexe pourraient dire qu'elles ont l'impression « d'avoir la tête dans le brouillard ».



Matière à réflexion :

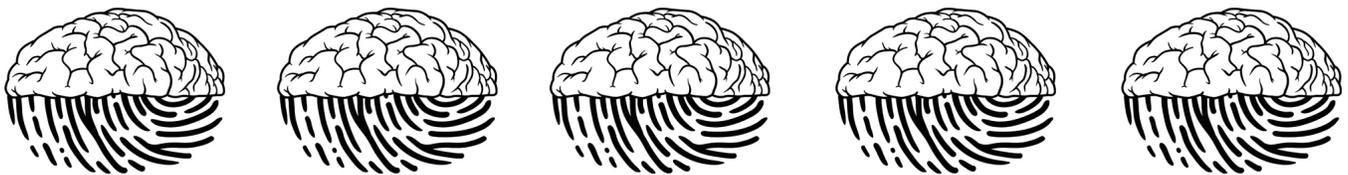
- Quelles sont les choses les plus réconfortantes que l'on vous a dites au moment où vous viviez une perte ? Essayez de vous souvenir de ces mots et de la façon dont ils ont été dits. Quels mots pourriez-vous utiliser pour réconforter une personne qui vit de la douleur ?

Chapitre 7

L'intersection des identités

« L'autoréflexion... est encore plus importante à mesure que nous avançons dans nos connaissances et notre compréhension de l'oppression, du pouvoir et du privilège, de l'intersectionnalité ainsi que de la façon dont nous détenons nous-mêmes le pouvoir et la marginalité et dont nous renforçons l'oppression et la marginalisation dans notre travail, dans nos vies personnelles, avec notre famille et partout où nous interagissons avec les autres.»

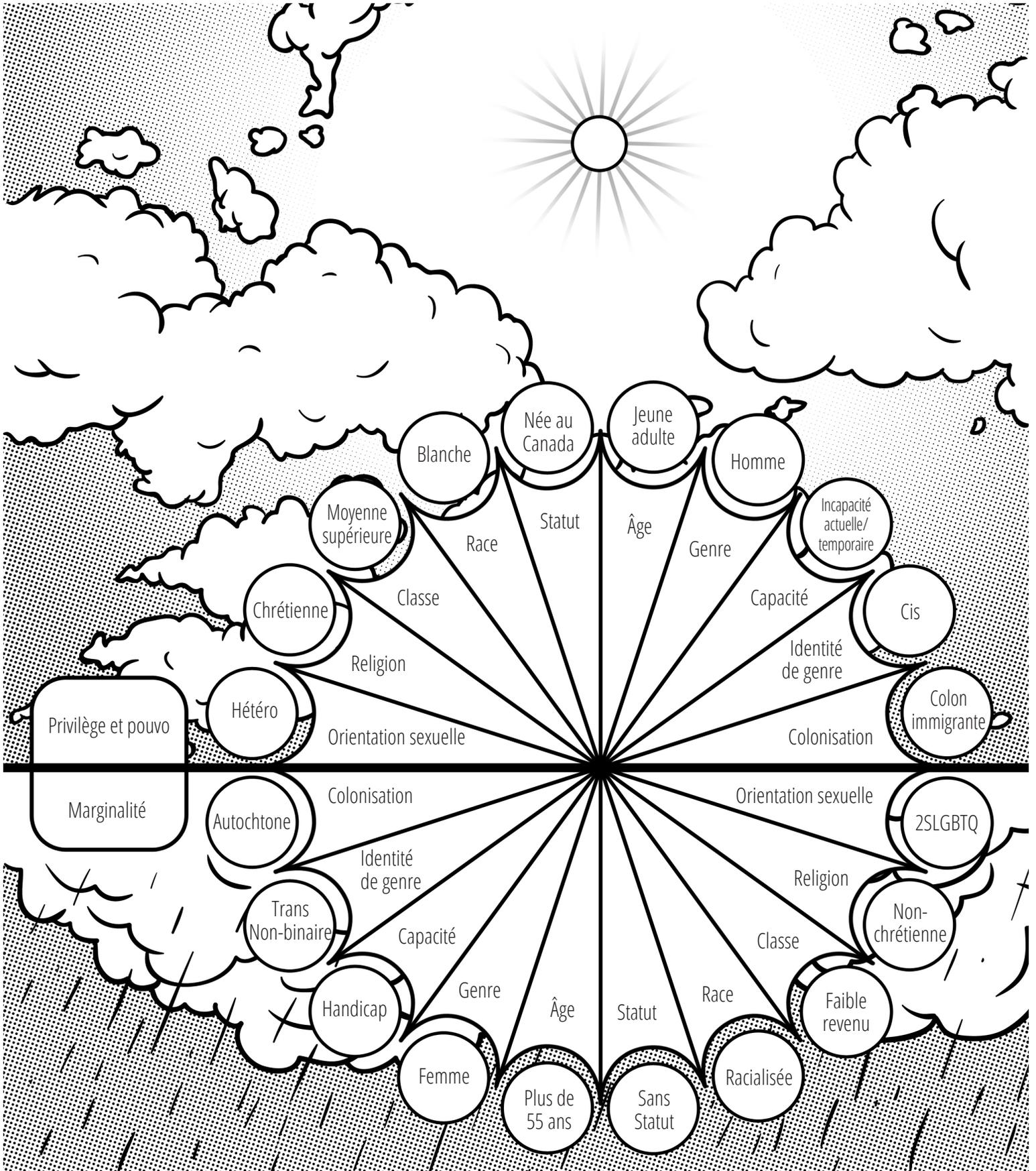
(How Does Intersectionality Work? OAITH, 2018).



Pour aider une femme âgée qui a survécu à un traumatisme, il est important de tenir compte de la nature multidimensionnelle de son identité et de l'oppression qu'elle a subie. Ce faisant, vous adoptez une perspective intersectionnelle. L'intersectionnalité est une approche qui encourage l'inclusivité et qui remet en question le statu quo. L'intersectionnalité nous force à examiner comment les privilèges et les désavantages influencent l'expérience que fait une femme du traumatisme ainsi que notre propre identité, nos privilèges et notre marginalité (Intersectionality, 2015).

La roue de l'intersectionnalité peut servir à explorer l'intersection des identités. À quels groupes (culturels, socioéconomiques, raciaux, religieux) la femme appartient-elle ? Quels types d'oppression sociale a forgé sa vie ? À quels groupes appartenez-vous ? Quels sont vos privilèges et vos désavantages ? Comment l'histoire de la femme et la vôtre influencent-elles la rencontre entre vous deux ?

La roue de l'intersectionnalité



Les femmes autochtones

Les femmes autochtones du Canada ont été traumatisées collectivement par le racisme entériné par le gouvernement. Elles ont été confinées dans des réserves, séparées de leurs familles et forcées de fréquenter les pensionnats indiens où le personnel leur a fait subir de la violence physique et sexuelle (Intervention to Address Intergenerational Trauma, 2012). Les abus dont pourrait avoir souffert une aînée autochtone sont des exemples de traumatisme systémique. Le traumatisme systémique est infligé et maintenu par des environnements et des institutions. Il comprend les gestes oppressifs des écoles, des collectivités et des cultures (Goldsmith, Martin, Smith, 2014), comme les tentatives du gouvernement canadien d'assimiler les peuples autochtones.

Un cadre d'intersectionnalité autochtone ou intersectionnalité « rouge » est centré sur un engagement au militantisme et à la souveraineté autochtone et contextualise la violence faite aux femmes et aux filles autochtones dans le cadre de la colonisation et de la dépossession genrées des terres autochtones. Cette analyse reconnaît les forces et la résistance à l'oppression et à la violence et pourrait inclure certaines des questions suivantes (adapté de Clark, 2016) :

- Comment les expériences du traumatisme de vos clientes et leur adaptation sont-elles encadrées ou considérées comme des pathologies dans les systèmes actuels de la santé, de la santé mentale, de la justice et des services sociaux ?
- Comment ses expériences et son identité peuvent-elles être comprises dans le contexte du colonialisme, de la pauvreté, du racisme et de la discrimination ?

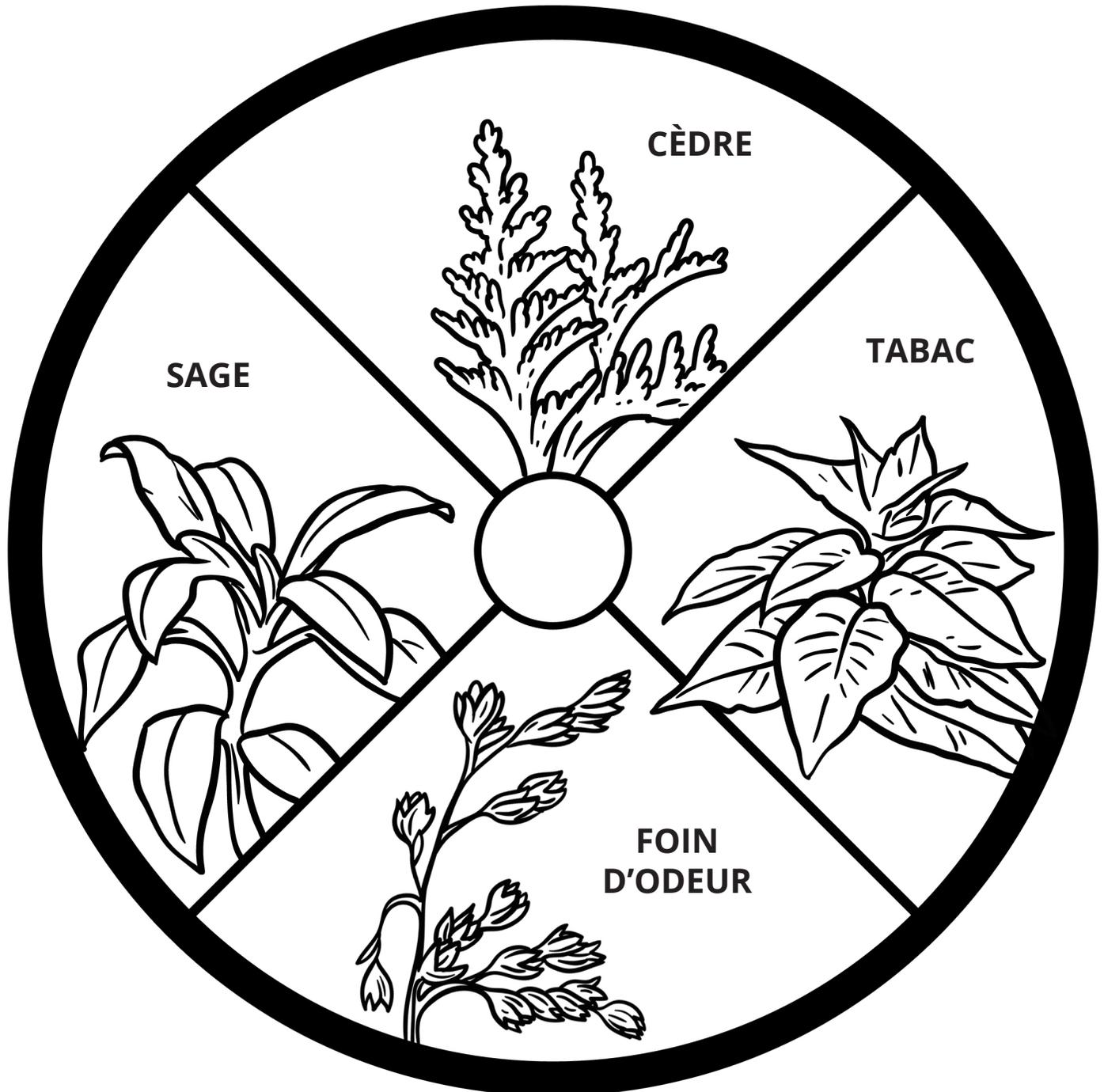
Purification par la fumée

En Ontario, les organismes et les services de juridiction provinciale ont la responsabilité et le devoir de comprendre et de respecter les croyances et les pratiques spirituelles autochtones dont la purification par la fumée. La cérémonie de purification par la fumée est un rite qu'observent plusieurs groupes et personnes autochtones ou non autochtones où l'on fait brûler une des quatre herbes sacrées : le tabac, la sauge, le foin d'odeur et le cèdre dans un coquillage ou un bol en bois pour produire une fumée qui purifie. Toutes les nations de l'Amérique du Nord ne le font pas ou ne le font pas de la même façon. La cérémonie se fait souvent tôt le matin, lors d'une réunion ou d'un événement ou quand une personne fait face à des obstacles; une femme pourrait avoir besoin de faire une cérémonie à des moments imprévisibles, par exemple, à la suite d'un traumatisme ou avant ou après une entrevue difficile au sujet de la violence qu'elle a vécue (AFAC, 2014).

Cérémonie de purification par la fumée dans les services - Pratiques prometteuses

(Adapté de l'AFAC)

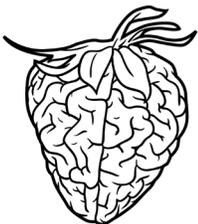
- Assurer des protocoles transparents et des mesures de design inclusifs pour faciliter la cérémonie de purification par la fumée de manière adéquate, digne et au bon moment sans qu'il soit nécessaire d'avoir un avis à l'avance;



- Adapter un espace intérieur pour la cérémonie de purification par la fumée et autres cérémonies traditionnelles, l'accès et l'entreposage des herbes traditionnelles et de l'eau propre;
- Créer des liens avec les aînées et aînés traditionnels et les guérisseuses et guérisseurs de votre région;
- Sensibiliser votre personnel à la cérémonie de purification par la fumée et aux autres cérémonies autochtones.

Une approche intersectionnelle implique la sensibilisation au traumatisme systémique. En tant que personne qui travaille avec des survivantes de traumatisme, il est important de savoir que chaque femme porte en elle la multiplicité des circonstances tout comme vous. Une partie de votre travail est de tenir compte des circonstances qui affectent votre relation et vos interactions avec cette femme.

La pratique tenant compte du traumatisme permet la création d'un espace sécuritaire dans lequel il est possible d'aborder des questions comme la colonisation, l'oppression, le traumatisme intergénérationnel et le racisme. Elle laisse de la place pour discuter des problèmes et des préoccupations spécifiques aux Autochtones. La pratique tenant compte du traumatisme complète et honore les valeurs et les croyances autochtones.



Matière à réflexion :

- Quels indices pourraient indiquer à une survivante que vous soutenez et que vous avez une attitude inclusive en matière de diversité de genre et d'identité sexuelle ?
- Comment la dépendance aux membres de la famille pourrait-elle nuire à l'accès d'une aînée immigrante ou réfugiée au soutien au logement ?
- Quels sont les éléments identitaires manquants dans la roue de l'intersectionnalité ?

Chapitre 8

Le traumatisme, la mémoire et la façon de s'exprimer : donner du soutien pendant les dévoilements et les entrevues avec les survivantes de traumatisme

« Il arrive souvent que (les survivantes) ne soient pas équipées pour expliquer leurs propres réactions et adaptations psychologiques. Elles peuvent ne pas reconnaître le rôle d'un traumatisme lié à la violence dans le développement de certaines de leurs propres réactions fortes et de leur façon de les gérer. Ce qui pourrait sembler être un manque de cohérence dans la façon dont une victime réagit ou raconte son histoire dans le cadre de la prestation de service ou d'une procédure légale est très souvent, en réalité, une manière type, prévisible et normale de réagir à des événements qui menacent la vie, de s'adapter et de se souvenir des expériences traumatiques. »

- (Haskell, L. Trauma-Informed Approaches to the Law, 523)



Comprendre ce qui se produit dans le cerveau d'une femme qui a survécu à un traumatisme vous aidera à faire une entrevue et à l'aider avec compassion, sans jugement et efficacement. Les réactions d'une survivante que l'on confond souvent avec la tromperie ou le dérobement peuvent s'expliquer par la neurobiologie du traumatisme.

Les événements traumatiques et les « trous » dans le récit

La mémoire est un processus complexe impliquant de multiples facteurs qui affectent la façon dont une expérience est encodée, consolidée et entreposée dans votre mémoire, en plus de l'information qui situe cette expérience dans un contexte comme le temps et le lieu. Afin de raconter l'expérience que nous avons vécue, nous devons rappeler ces renseignements et les placer dans une séquence qui a du sens pour

nous. Une expérience traumatique est un peu comme les pièces d'un casse-tête qui ne s'emboîteraient pas proprement dans le récit d'une survivante ou de la personne qui l'interviewe ou le fournisseur de services.

Il arrive souvent que les professionnelles et professionnels qui essaient de comprendre les événements entourant le traumatisme orientent leurs questions sur les séquences des événements : Qu'est-ce qui est arrivé ensuite ? Et après cela ? Par contre, la femme ne pourra peut-être pas réussir à raconter clairement l'agression avec un début, un milieu et une fin. Elle pourrait ne pas se rappeler du tout de certains moments de l'agression. Il s'agit d'une réaction de protection et une réaction qui peut être mieux comprise si l'on tient compte du fait que lors d'une agression, le cerveau choisit comment réagir et comment encoder le souvenir de l'agression.

Lorsqu'une femme est attaquée, elle passe en mode défense et sa capacité à contrôler son attention est compromise. Ses circuits de défense se subsistent à son cerveau pensant et son instinct de survie prend le contrôle jusqu'à ce que la menace disparaisse. Lorsqu'une femme est en mode défense, son cerveau peut choisir comme mécanisme de défense de se concentrer sur un détail qui semble insignifiant tout en bloquant tous les autres. Les choses sur lesquelles une femme s'est concentrée durant l'agression sont des **détails centraux**. Tout autre chose est un **détail périphérique**.

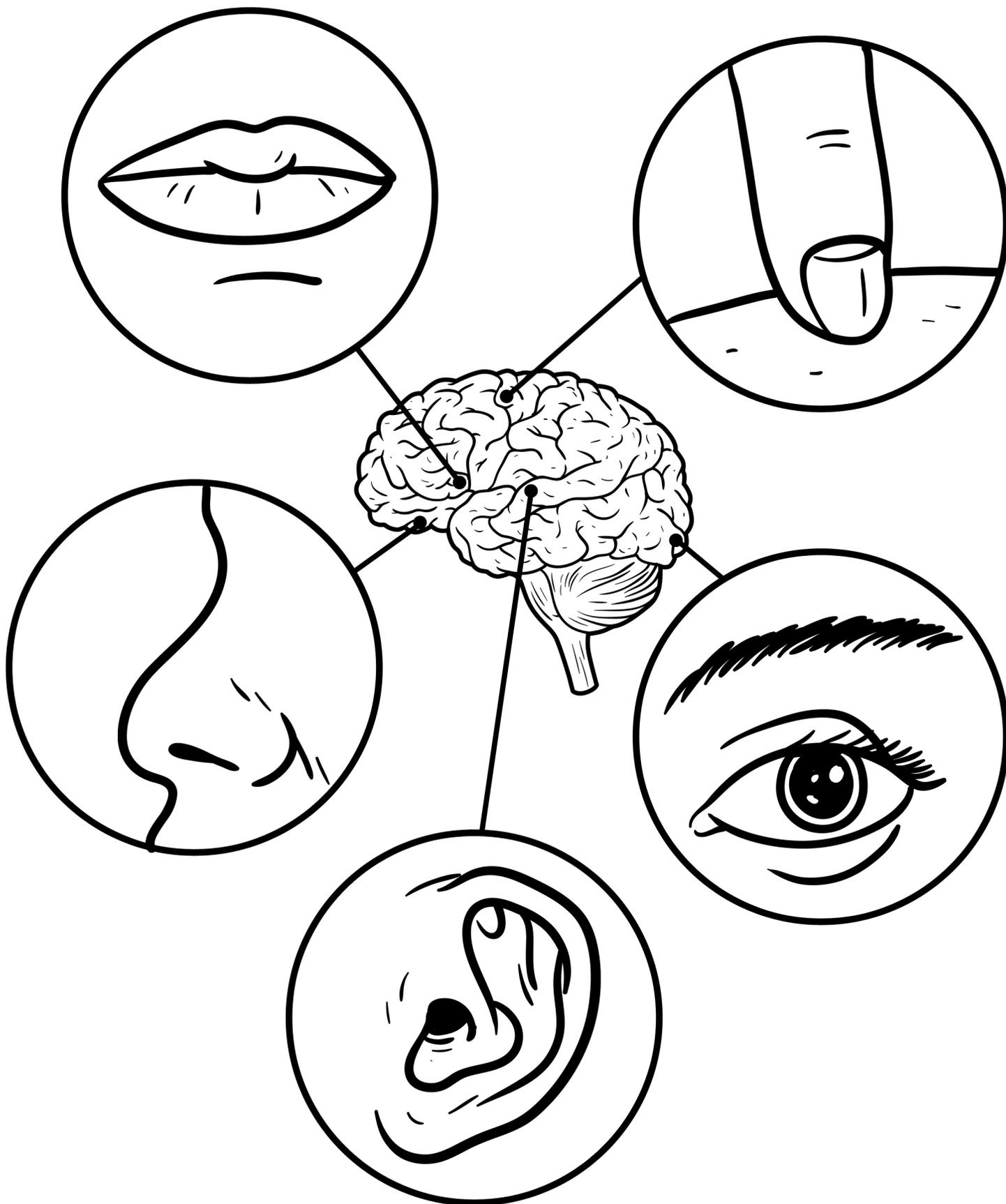
Nous ne pouvons pas prédire quel détail d'une attaque sera **central** et lesquels seront **périphériques**. Une femme qui est attaquée pourrait se concentrer sur une lampe dans un coin, une craque dans le plafond ou le nombre de tuiles dans le plafond. Parfois, la femme ne se rappelle pas d'éléments notables comme l'apparence de l'agresseur – un gros tatouage facial, par exemple, parce que son attention était ailleurs.

Dans le cadre d'une enquête criminelle, demander ce que la survivante a senti, entendu, vu, ressenti ou goûté pourrait permettre de découvrir de nouvelles pièces du casse-tête des souvenirs, spécialement si on ne demande pas à la survivante de penser aux détails d'une manière particulière (souvent linéaire) mais plutôt de parler de détails sensoriels. Une survivante pourrait se blâmer elle-même parce qu'elle ne se rappelle pas de certains détails. Il pourrait donc être utile de lui rappeler que c'est son cerveau qui a choisi ce dont elle se souviendrait.

Toute question de clarification devrait être posée à la fin de l'entretien ou de la divulgation. Assurez-vous que l'espace est confortable avec un design inclusif et accessible et qu'il y a de l'eau et des papiers mouchoirs.

Une femme peut se rappeler très précisément des premiers moments d'une attaque, mais n'avoir que des souvenirs fragmentés du reste de l'attaque. Au début d'une attaque, l'hippocampe se met en « vitesse surmultipliée », encodant toutes les données qu'il peut. Après environ trente secondes, l'hippocampe entre dans un autre mode où il traite l'information recueillie pendant les premières secondes. Dans ce second mode, l'hippocampe n'a pas les ressources dont il a besoin pour encoder les séquences des événements. Tout autre chose qui sera encodée dans la mémoire plus tard lors de l'attaque sera probablement entreposée comme un fragment ou un îlot de détails sensoriels – un son ou une odeur, par exemple – qui existe hors contexte. (Wilson, Lonsway, Archambault, 2016).

Des fragments de mémoire peuvent être déclenchés par n'importe lequel des cinq sens : l'odorat, le toucher, le goût, la vue ou l'ouïe.

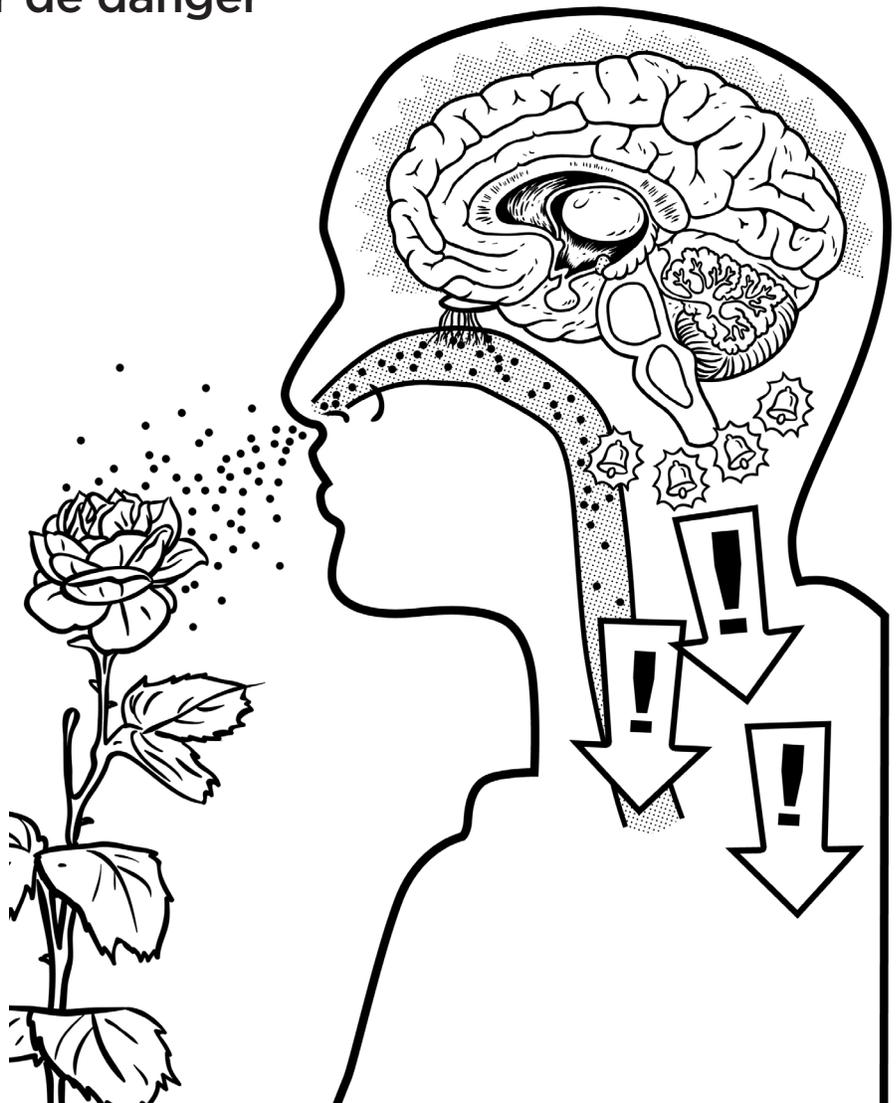


Les odeurs, le traumatisme et l'âge

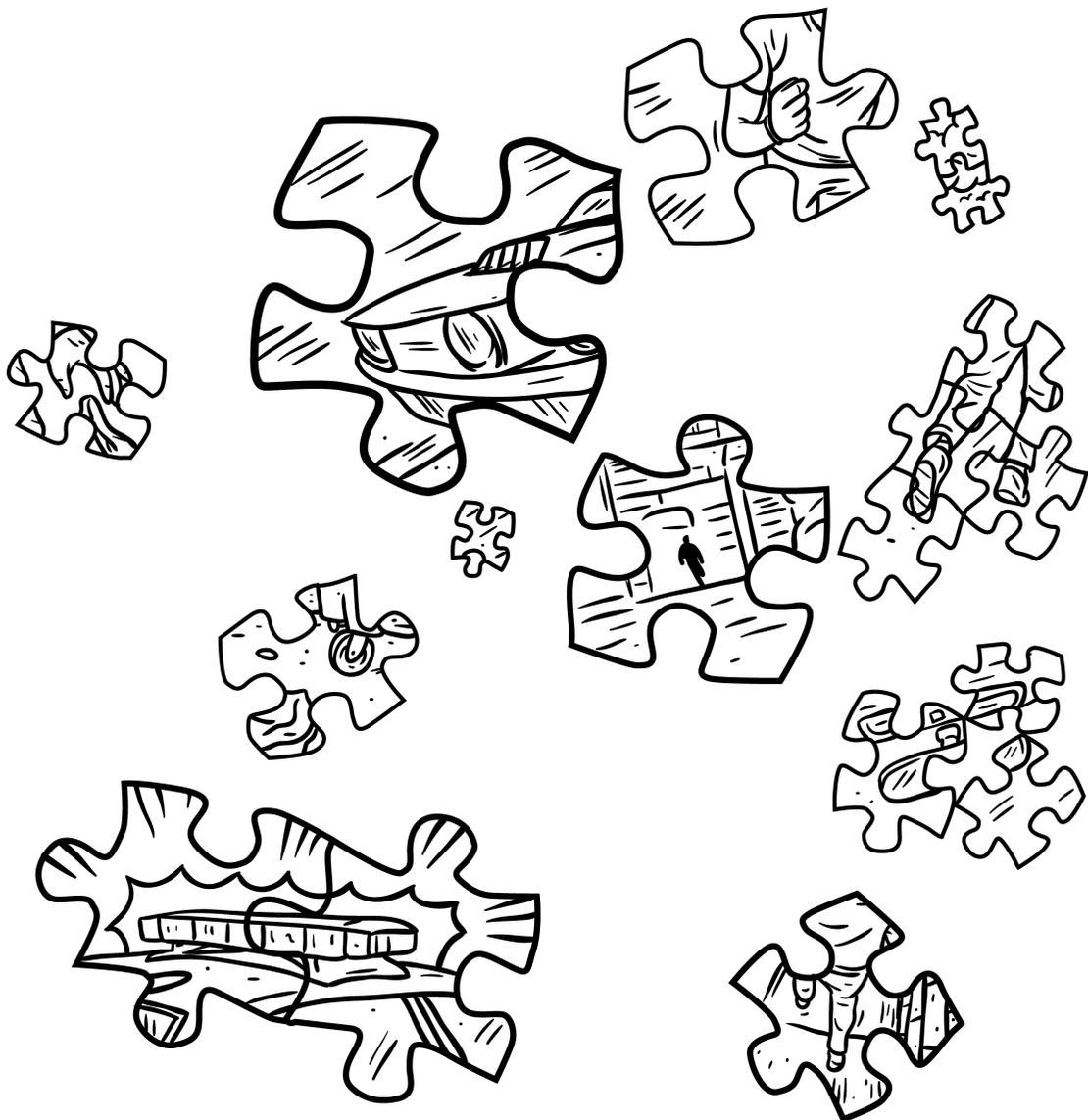
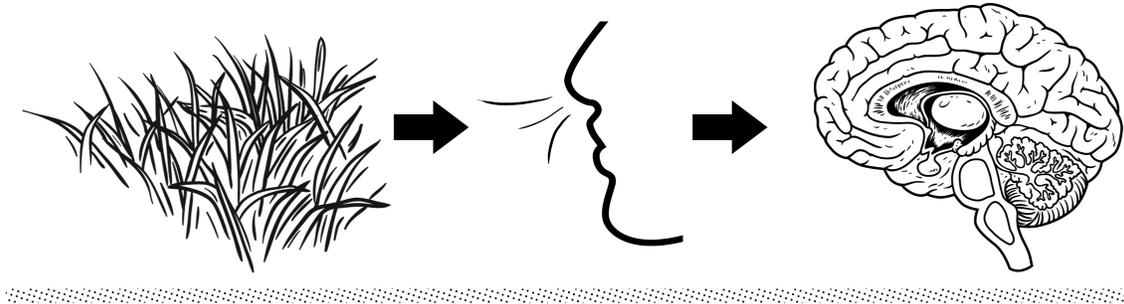
Les odeurs sont très puissantes, ce sont des indices qui agissent rapidement sur le cerveau et sur le corps. Les odeurs sont souvent des facteurs déclencheurs chez les femmes qui ont survécu à un traumatisme. La maladie, les blessures et le vieillissement peuvent changer ou compromettre le sens de l'odorat. Les odeurs sont l'un des rappels les plus puissants d'un traumatisme passé et peuvent jouer un rôle clé dans diverses formes de traitement (Cortese, et al. 2016), en particulier dans les thérapies basées sur l'exposition (Morrison et al. 2015). Il est important de tenir compte des effets du vieillissement et du traumatisme sur les sens olfactifs; l'anosmie est une perte temporaire ou permanente du sens ou de l'odorat et elle peut être causée par un traumatisme crânien, des maladies neurodégénératives, des tumeurs au cerveau ainsi que par des changements dans la composition du mucus associés au vieillissement.

À la première odeur de danger

Les odeurs peuvent être des déclencheurs pour les survivantes de traumatisme, par exemple, une femme à qui un conjoint violent aurait souvent donné des roses pour s'excuser après des agressions sexuelles et physiques, pourrait avoir des flashbacks lorsqu'elle sent des fleurs même des dizaines d'années après que la violence ait cessé. Cette odeur peut amener son amygdale et son hippocampe à lancer une alerte de haut risque dans tout son système nerveux, augmentant ainsi sa fréquence cardiaque et le rythme de sa respiration parce que l'odeur des roses est désormais liée à la peur d'être violentée. Comme le cerveau conscient traite les stimuli, le sens subconscient du danger devient l'émotion consciente de la peur (LeDoux, 2015).



Les souvenirs traumatiques sont souvent des pièces de casse-tête qui ne s'emboîtent pas parfaitement. Après une poursuite à haute vitesse qui s'est terminée par un accident mortel, un policier qui a vécu un traumatisme secondaire ou traumatisme de compassion, pourrait ne pas se rappeler combien de temps a duré la poursuite ou d'autres détails clés. Des îlots de mémoire peuvent être déclenchés par des sensations, comme l'odeur du gazon fraîchement coupé, mais la capacité de revenir dans le temps et de faire la distinction entre les heures et les minutes ne fonctionne pas à des moments de stress extrême. Évitez de poser des questions comme le temps qu'a duré l'agression aux survivantes d'un traumatisme parce que cela pourrait augmenter le sentiment de honte, de blâme et de confusion relié à leur expérience.

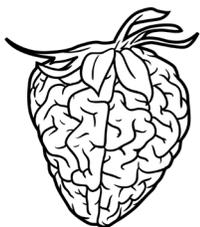


Expliquer la neurobiologie du traumatisme à la cliente

Vivre avec un traumatisme – avec des souvenirs ou un manque de souvenirs du traumatisme et ses effets psychologiques – peut créer de la confusion, de la frustration et de la peur chez une femme. Il pourrait être bénéfique pour elle de lui expliquer une partie de ce que vous savez au sujet de la neurobiologie du traumatisme. Cela pourrait l'aider à se sentir moins seule, moins étrangère dans son propre corps. Si vous décidez de partager certaines choses que vous connaissez, essayez de communiquer simplement et clairement. Vérifiez souvent avec elle si elle comprend ce que vous lui dites et assurez-vous qu'elle veut les renseignements que vous offrez. Concentrez-vous sur l'interaction, pas sur la leçon, mais bien sur la possibilité d'établir le contact.

Comment appliquez-vous cette information à votre technique d'entrevue ? Voici quelques balises :

- Reportez l'entrevue jusqu'à ce que la femme ait eu au moins un cycle de sommeil, deux de préférence, après l'agression. Cela lui permet de se reposer, de retrouver ses ressources cognitives et d'encoder les détails vitaux pour l'entrevue. (Archambault & Lonsway, 2019).
- Essayez d'imaginer comment vous vous sentiriez si vous étiez à la place de la femme que vous interviewez. Pensez au stress que provoque chez elle l'entrevue. Ce seul stress pourrait l'empêcher de se souvenir de plusieurs choses. Faites votre possible pour que la femme se sente acceptée et pour qu'elle sache que la croyez.
- Rappelez-vous qu'une femme qui a été agressée ne pourra probablement pas replacer l'attaque dans un récit séquentiel. Au lieu de lui demander « qu'est-ce qui s'est passé lorsque... ? », posez des questions ouvertes centrées sur les expériences sensorielles. Qu'est-ce que la femme se rappelle d'avoir vu, entendu, senti, touché pendant l'attaque ? Un peu d'information sur les sensations pourrait être des indices utiles. Cela pourrait aussi aider la femme à se souvenir de plus d'information.



Matière à réflexion :

- Dans votre milieu de travail, quelles sont les politiques qui soutiennent les approches tenant compte du traumatisme ?
- Lorsque vous travaillez avec des survivantes de traumatisme, comment pouvez-vous intégrer des questions et de l'information sur les déclencheurs olfactifs reliés au traumatisme et les intégrer également dans votre milieu de travail ou vos programmes ?

Chapitre 9

Le traumatisme de compassion

«...un traumatisme amène à la fois des forces et des problèmes. Parmi les forces courantes sans toutefois être invariables, on retrouve le développement de compétences profondes de survie, une capacité augmentée de comprendre d'autres personnes ou groupes traumatisés ou opprimés, une passion pour la justice, le désir d'avoir une société différente, un certain réalisme critique et, ce qui est particulièrement important, une vision du monde moins déformée. »

(Burstow, 2003)



L'intensité de l'intervention des professionnelles et professionnels des services et des soins qui travaillent avec des survivantes de traumatisme peut parfois avoir des effets négatifs sur leur propre bien-être. Lorsque cela se produit, nous disons que la personne vit un traumatisme de compassion ou secondaire. Le traumatisme de compassion ou secondaire peut avoir des répercussions importantes sur les personnes qui donnent des services : affecter leur sens de l'identité, leurs relations avec les autres, leur travail et leur perspective sur le traumatisme, leurs croyances de base et le monde en général. Parmi les symptômes du traumatisme de compassion, on peut retrouver : la formation d'images intrusives, des cauchemars, la peur pour sa sécurité, des difficultés à écouter, de l'irritabilité, de l'épuisement ou de l'engourdissement émotionnel et physique et du désespoir. De la même façon que les approches tenant compte du traumatisme pour la clientèle prônent de ne pas individualiser les réactions au traumatisme, la recherche suggère qu'il est plus efficace d'aborder le traumatisme de compassion structurellement plutôt qu'individuellement afin d'atténuer l'exposition traumatique d'une personne en répartissant plus efficacement la charge de travail (Bober & Regehr, 2006).

Les intervenantes et intervenants qui vivent de la fatigue de compassion, un traumatisme indirect ou du stress moral peuvent développer des symptômes après avoir travaillé sur un seul dossier et même si les symptômes apparaissent rapidement, elles et ils peuvent désirer continuer à aider les survivantes de traumatisme. (Figley & Figley, 2007). Certains outils permettent de distinguer et de mesurer la fatigue de compassion, dont la Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales (ProQOL).

Plusieurs facteurs de risque peuvent exposer une personne au traumatisme de compassion : la surcharge de travail, le manque de compensation ou de reconnaissance du travail accompli, le manque de soutien de la part de ses pairs, et des possibilités insuffisantes de débriefage. Les employeurs peuvent aider à prévenir le traumatisme de compassion en reconnaissant et en respectant les intervenantes et intervenants, en encourageant une communication ouverte, en s'assurant qu'une supervision adéquate est disponible et en offrant à leur personnel divers types de soutien (Lumor, 2017).

Ultimement, le travail à long terme auprès de survivantes de traumatisme change la façon dont nous nous percevons nous-mêmes et dont nous voyons le monde. Il pourrait arriver que nous nous sentions moins en sécurité dans la société parce que nous sommes davantage sensibilisées à la violence (individuelle et systémique) et que nous éprouvions de la frustration, de la colère et moins de confiance envers les réactions ou le manque de réactions de la part des services et des systèmes. La promotion du changement systémique peut être une composante importante pour toute personne qui travaille avec des femmes qui ont été touchées par la violence.

Signes avertisseurs de traumatisme indirect, de fatigue de compassion, d'épuisement professionnel et de stress moral

L'habitude de toujours penser au pire

Des réactions disproportionnées

De la difficulté à prendre des vacances

La perte de la satisfaction au travail

Moins d'efficacité dans votre rôle professionnel

Douleur physique et insomnie

Anxiété et dépression

Sentiments d'isolement (amies et amis, famille, collègues) Comportement à risque élevé

Attitudes, vocabulaire et gestes qui blâment la victime

Étapes vers la guérison et l'équilibre entre les fournisseurs de services et les survivantes de traumatisme

Un bon équilibre dans le nombre de dossiers

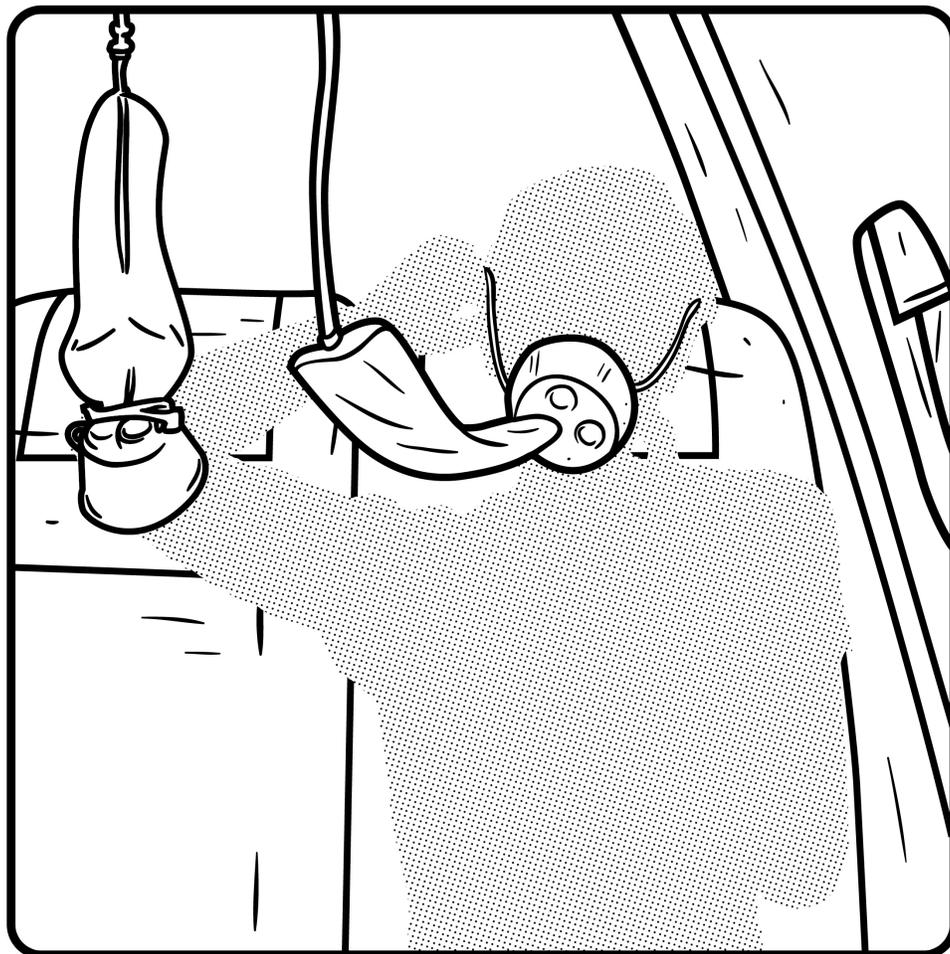
Des réflexions et des pratiques pour mieux prendre soin de soi

Une augmentation du soutien et des connaissances de base

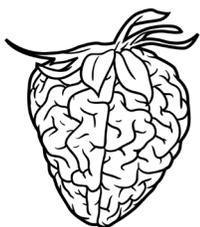
Du travail pour faire des changements systémiques

Mettez d'abord votre propre masque

Les professionnelles et professionnels qui travaillent avec des survivantes de traumatisme se font souvent rappeler de « mettre d'abord leur propre masque à oxygène » ce qui peut être une analogie utile pour promouvoir les autosoins et s'occuper d'abord de soi quand on travaille avec des femmes qui ont vécu des traumatismes et qui pourraient avoir subi des pressions et avoir été socialisées ou forcées de faire passer leur besoins après ceux de leurs enfants, des membres de la famille ou de leur conjoint ou conjointe. Cette analogie fait référence



aux directives de sécurité données par les agentes et agents de bord lors d'un vol en avion : lors d'une situation d'urgence, si vous êtes accompagnée d'une personne dépendante, assurez-vous d'abord de mettre votre masque à oxygène. Cela vous permettra de ne pas perdre conscience et d'aider les personnes autour de vous. Ultimement, nous ne pouvons pas aider les autres sans mettre la priorité sur nous-mêmes et sur notre bien-être à court et à long terme. Cette analogie peut également servir à faire la promotion des autosoins et à prévenir l'épuisement professionnel pour les personnes qui doivent donner des soins à une femme aînée qui a des besoins complexes.



Matière à réflexion :

- Comment votre travail avec des survivantes de traumatisme a-t-il changé votre façon de voir le monde ?
- Qu'avez-vous trouvé d'utile pour reconnaître et traiter les effets du traumatisme dans votre domaine ?
- Quels sont les obstacles pour obtenir du soutien et de l'aide en tant que professionnelle ?

Chapitre 10

Vers l'espoir, la résilience, la résistance et la guérison

« Une approche centrée sur la guérison pour traiter le traumatisme exige de passer d'une question comme : « qu'est-ce qui t'est arrivé ? » à « qu'est-ce qui serait bon pour toi ? » et de voir les personnes exposées au traumatisme comme des agentes dans la création de leur propre bien-être plutôt que comme des victimes d'événements traumatiques. »

(Ginwright, 2018)

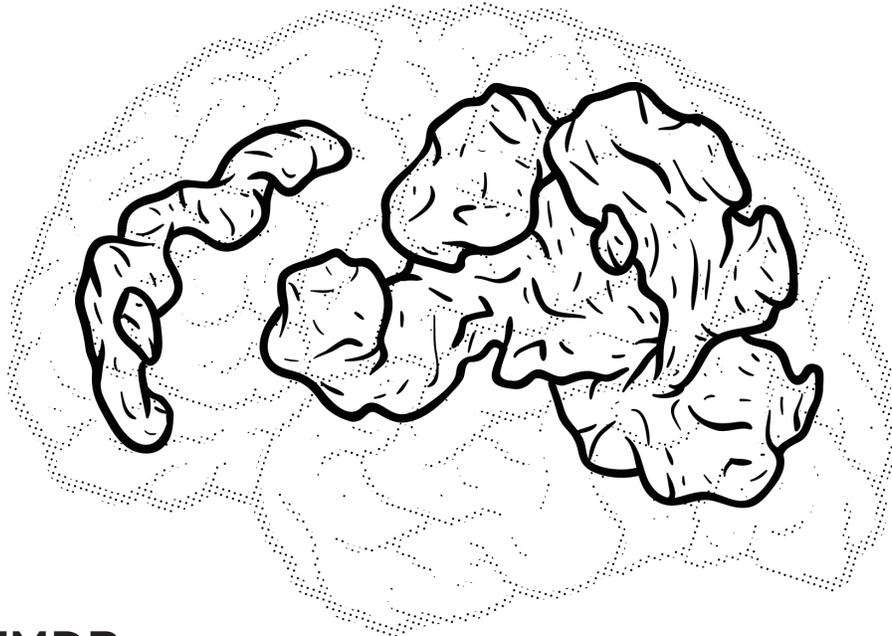


Comme vous l'avez déjà lu, le cerveau est remarquablement adaptable – altérant constamment sa composition et sa fonction selon ce qui se produit. Cette adaptabilité teinte l'expérience du traumatisme que vit une femme. Cela peut également lui permettre d'avoir du répit – un soulagement qui pourrait lui avoir échappé pendant des années. Comme nous, notre cerveau existe en réseaux. Oui, le traumatisme change le cerveau, mais l'empathie le fait aussi (Jankowiak-Siuda, Rymarczyk, Grabowska, 2011).

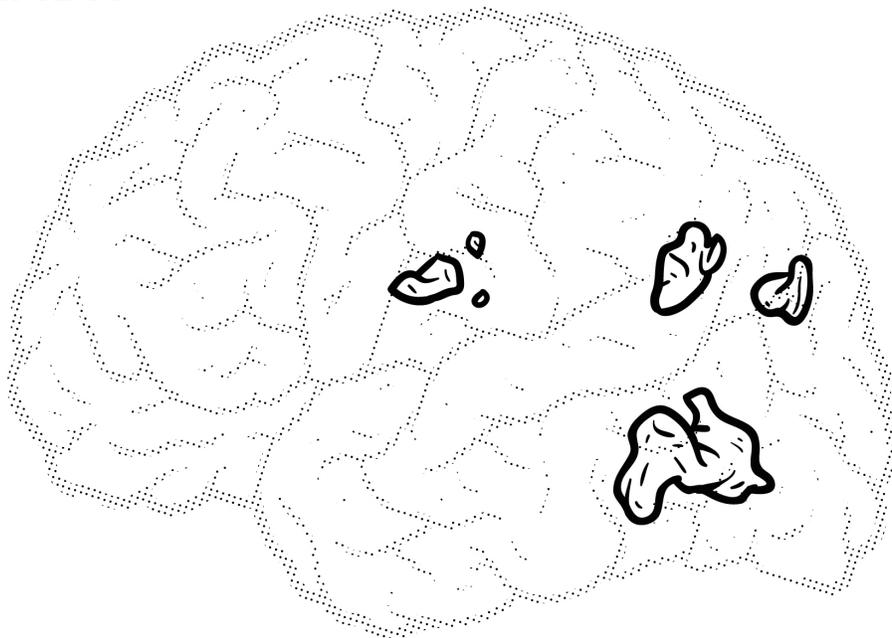
Les approches intersectionnelles de la guérison valorisent et explorent les concepts du rétablissement, de la résilience et de la résistance au-delà des approches occidentales traditionnelles. Les approches occidentales du « mieux-être » sont basées sur l'absence de maladie alors que le mieux-être autochtone peut être centré sur l'équilibre physique, mental, émotionnel et spirituel et le lien entre soi-même, les autres et l'environnement (Linklater, 2011). Dans certaines communautés autochtones, les approches de la guérison mettent l'accent sur l'importance du récit et de recevoir les récits comme un acte de résistance à l'oppression et à la violence. Les histoires, dont la poésie, les récits et les chansons peuvent jouer un rôle puissant dans la guérison en créant la communauté et en donnant un nouveau sens aux expériences personnelles et collectives (Clark, 2016).

Parties du cerveau actives avant l'EMDR

(Intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires)



Après l'EMDR

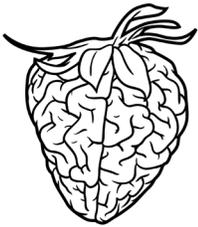


Les chercheuses et chercheurs comme les praticiennes et praticiens peuvent maintenant mesurer les effets des traitements thérapeutiques en scannant le cerveau avant et après les traitements. L'image du haut montre un cerveau dont plusieurs parties sont hyperactivées et pourraient causer un dysrégulation émotionnelle, des *flashbacks*, des sensations d'engourdissement, de la confusion cognitive et des cauchemars. L'image du bas a été prise après une série de séances de thérapie EMDR (Intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires) et elle montre une réduction de l'hyperactivation. Plusieurs études indiquent que des traitements comme l'EMDR qui affectent la fonction du thalamus ont le potentiel d'éliminer, et du moins, de réduire considérablement les symptômes associés au TSPT. (Bossini et al, 2017).

Techniques de pleine conscience

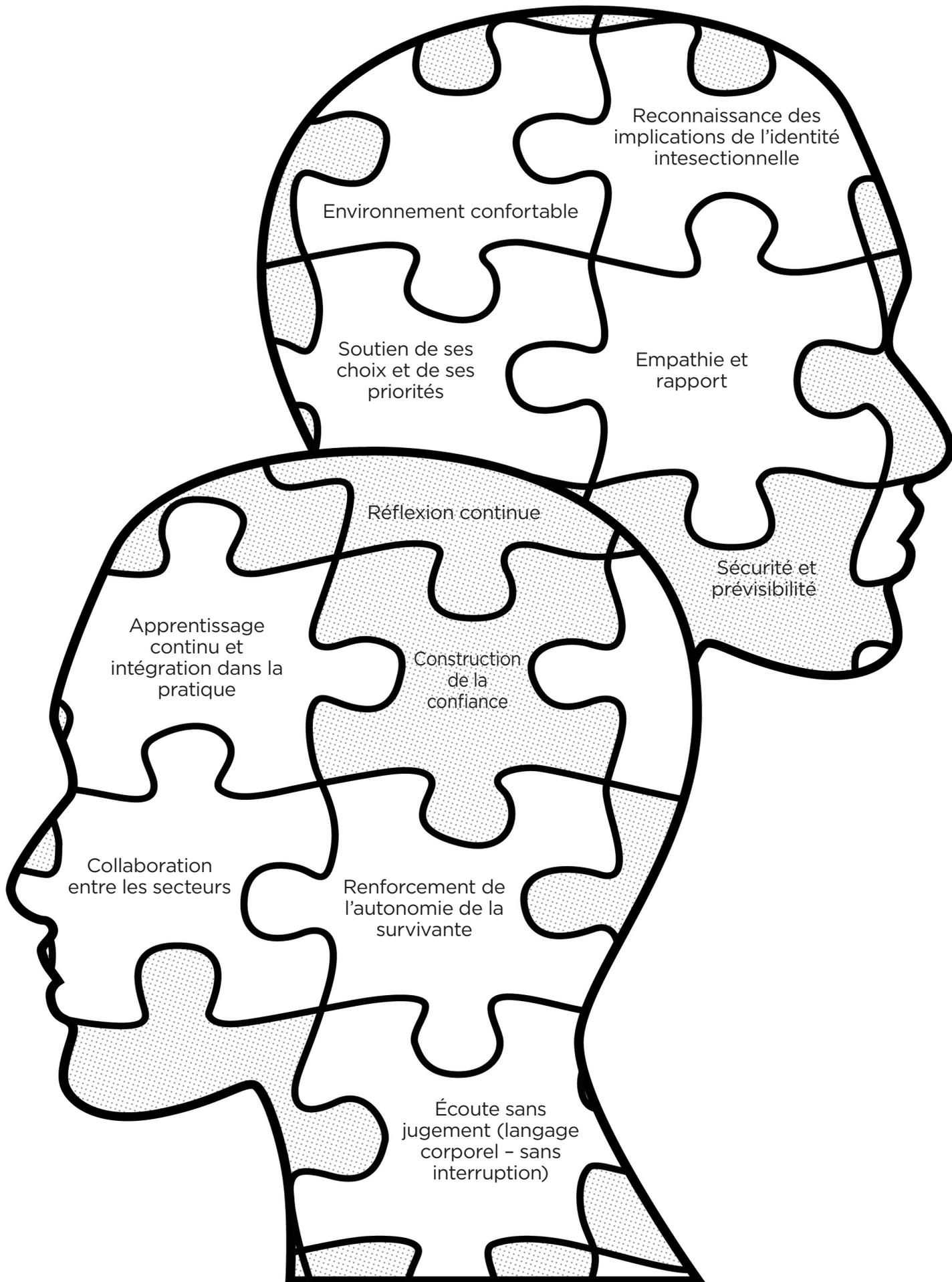
La pleine conscience est une stratégie visant à connecter une femme à son environnement immédiat grâce à ses sens – la vue, l’ouïe, l’odorat, le toucher, le goûter. Cela peut être un moyen utile de gérer les flashbacks, l’anxiété élevée et les symptômes de dissociation. Parmi les stratégies de pleine conscience, on retrouve : écouter de la musique, respirer profondément dix fois ou plus, se passer les mains à l’eau froide, toucher la terre et effectuer des tâches répétitives ou se concentrer sur des mots croisés, par exemple.

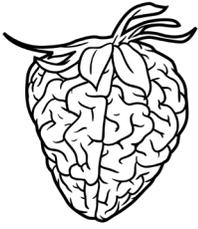
Une trousse ou un sac de guérison (ou sac de médecine) pourrait être un élément positif en lien avec chacun des cinq sens qui peuvent aider à calmer des réactions à une « alerte élevée », par exemple, une pierre lisse que l’on peut toucher ou de la sauge que l’on peut respirer.



Matière à réflexion :

- Quelles stratégies d’adaptation avez-vous remarquées chez les femmes âgées qui ont vécu de la violence ? Comment ces stratégies peuvent-elles être comprises dans le contexte d’intersection de son identité ? (genre, âge, sexualité, race, capacité, etc.)
- Quelles ressources spécifiques sont disponibles près de votre collectivité pour les femmes qui ont vécu un traumatisme et qui font face à des obstacles uniques ? Cela peut inclure les femmes âgées en situation de handicap, les femmes autochtones, les femmes racialisées et les femmes immigrantes et réfugiées.





Matière à réflexion :

- Que signifient la prévisibilité, la transparence et la collaboration pour votre secteur ? Comment partagez-vous l'information sur la tenue de dossiers avec les survivantes ?
- Est-ce que le lieu où vous rencontrez les survivantes est accessible physiquement et culturellement pour les aînées ? Comment pourriez-vous modifier cet espace pour le rendre plus sécuritaire et plus accueillant pour une aînée, une transgenre, une femme autochtone ayant vécu un traumatisme crânien ?
- Quelle est la partie du présent outil qui a eu la plus grande portée pour vous ? Comment pourriez-vous échanger avec d'autres professionnelles et professionnels de votre domaine à ce sujet ? Quels concepts pourraient être plus difficiles que d'autres à intégrer dans votre travail ?

Posttest : Veuillez S.V.P. consultez le site <https://www.oaith.ca/quiz-visuel-de-formation.html> pour remplir un bref questionnaire sur le matériel dont vous venez de prendre connaissance.

Références

Fondation autochtone de guérison. (2004). Historic Trauma and Aboriginal Healing. Ottawa, Ontario. Tiré de : www.ahf.ca/downloads/historic-trauma.pdf

Allan, B. & Smylie, J. (2015). First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. Toronto, ON. The Wellesley Institute. Tiré de : www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Full-Report-FPSCT-Updated.pdf

Société Alzheimer Canada. (2019). Dix signes précurseurs. Tiré de: www.alzheimer.ca/fr/Home/About-dementia/Alzheimers-disease/10-warning-signs

Société Alzheimer Canada (2019). What is Dementia?. Tiré de : www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia

Archambault, A. et al. (2019). Interviewing the victim: techniques based on the realistic dynamics of sexual assault. End Violence Against Women International. Tiré de : www.evawintl.org/LIBRARY/DOCUMENTLIBRARYHANDLER.ASHX?ID=657

Bailey, R. (2018). The limbic system of the brain. Tiré de : www.thoughtco.com/limbic-system-anatomy-373200

Blackstock, C. (2010). Aboriginal and non-aboriginal children in child protection services. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. Tiré de : www.nccah-ccnsa.ca/docs/fact%20sheets/child%20and%20youth/NCCAH_fs_childhealth_EN.pdf

Bober, T., & Regehr, C. (2006). Strategies for Reducing Secondary or Vicarious Trauma: Do They Work? Brief Treatment and Crisis Intervention, 6(1), 1-9. doi:10.1093/brief-treatment/mhj001

Bossini, L., et al. (2017). Morphovolumetric changes after EMDR treatment in drug naïve PTSD patients. Riv Psichiatr. Jan-Feb;52(1):24-31.

Brookshire, B. (2017). Explainer: what is neurotransmission? Tiré de : www.sciencenewsforstudents.org/article/explainer-what-neurotransmission

Burstow, B. (2003) 'Toward a Radical Understanding of Trauma and Trauma Work', Violence Against Women, 9(11), pp. 1293-1317.

Center for Substance Abuse Treatment (US). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2014. (Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 57) Chapter 3, Understanding the Impact of Trauma. Tiré de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207191/>

Cherry, K. (2018). Hippocampus role in the limbic system. Tiré de : www.verywellmind.com/what-is-the-hippocampus-2795231

Clark, Natalie. (2016). Red Intersectionality and Violence-informed Witnessing Praxis with Indigenous Girls. *Girlhood Studies*. 9. 10.3167/ghs.2016.090205.

Cuncic, A. (2018) Amygdala hijack and the fight or flight response. Tiré de : www.verywellmind.com/what-happens-during-an-amygdala-hijack-4165944

Domestic abuse and traumatic brain injury information guide. (nd). New York State Office for the Prevention of Domestic Violence. Tiré de : www.opdv.ny.gov/professionals/tbi/dvandtbi_infoguide.pdf

DSM-5 Criteria for PTSD. (2019). Tiré de : www.brainline.org/article/dsm-5-criteria-ptsd

Fairbrother, N. (2004). Post-Traumatic Stress Disorder, Anxiety Disorders and Substance Use. HeretoHelp. Tiré de : www.heretohelp.bc.ca/visions/concurrent-disorders-vol2/post-traumatic-stress-disorder-anxiety-disorders-and-substance-use

Figley, C., & Figley, K. (2007). Put the Oxygen Mask on Your Self First. *Family Therapy Magazine*. 8-11. Tiré de : www.aamft.org/members/familytherapyresources/articles/07_FTM_2_8_11.pdf

Fisher, J. (1999). The work of stabilization in trauma treatment. Paper presented at the Trauma Center Lecture Series, Boston, MA. Tiré de : <https://janinafisher.com/pdfs/stabilize.pdf>

Follette, V., Briere, J., Rozelle, D., Hopper, J., Rome, D. (2014). *Mindfulness Oriented Interventions for Trauma: Integrating Contemplative Practices*. New York, NY: Guilford Press.

Franco, F. (2018). Affect regulation and C-PTSD. Tiré de : <https://psychcentral.com/lib/affect-dysregulation-and-c-ptsd/>

Ginwright, S. (2018). The Future of Healing: Shifting from Trauma Informed Care to Healing Centre Engagement. Medium. Tiré de : <https://medium.com/@ginwright/the-future-of-healing-shifting-from-trauma-informed-care-to-healing-centered-engagement-634f557ce69c>

Goldsmith, R.E., Martin, C.G., Smith, C., P. (2014). Systemic trauma. *Journal of Trauma and Dissociation*, (15)2, 117-32. doi: 10.1080/15299732.2014.871666

Haskell, L. (2004). Les femmes, la violence et le traitement des traumatismes : guide d'information pour les femmes et leurs familles. Centre de toxicomanie et de santé mentale. Tiré de : www.camh.ca/-/media/files/guides-and-publications/women-and-abuse-fr.pdf

Henderson, T. (2016). TBI and PTSD appear similar but treatments must differ. Tiré de : www.behavioral.net/article/tbi-and-ptsd-appear-similar-treatments-must-differ

How Does Intersectionality Work? (2018). Understanding Intersectionality for Women's Services. (2018). Ontario Association of Interval & Transition Houses.

Intersectionality. (2015). Centre for Research & Education on Violence Against Women & Children. Tiré de : www.vawlearningnetwork.ca/sites/vawlearningnetwork.ca/files/Intersectionality_Newsletter_FINAL2.pdf

Intervention to Address Intergenerational Trauma: Overcoming, Resisting and Preventing Structural Violence. (2012). University of Calgary. Tiré de : www.ucalgary.ca/wethurston/files/wethurston/Report_InterventionToAddressIntergenerationalTraumatisme.pdf

Jankowiak-Siuda, K., Rymarczyk, K., Grabowska, A. (2011). How we empathize with others: A neurobiological perspective. *Medical Science Monitor*, (17)1. doi: 10.12659/MSM.881324. Tiré de : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3524680/pdf/medscimonit-17-1-ra18.pdf

Kalat, J.W. (2013). *Biological Psychology*, eleventh edition. Belmont, California. Cengage Learning.

Kozłowska, K. et al. (2015). Fear and the Defense Cascade: Clinical Implications and Management. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(4). doi: 10.1097/HRP.0000000000000065

Kozłowski, A. et al. (2012). First Nations child welfare in Ontario (2011). CWRP Information Sheet #100E. Montreal, QC. McGill University, Centre for Research on Children and Families. Tiré de : <https://cwrp.ca/information-sheet/first-nations-child-welfare-ontario-2011>

Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H., Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders* (131)1-3, 339-343. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.11.032>

Lash, M. (2018). TBI and PTSD: Navigating the perfect storm. Tiré de : www.brainline.org/article/tbi-and-ptsd-navigating-perfect-storm

LeDoux, J. (2015). Anxious: Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety. *Journal of Undergraduate Neuroscience Education*. 2016 Spring; 14 (2): R22-R23.

Linklater, R. (2011). *Decolonizing Trauma Work: Indigenous Practitioners Share Stories and Strategies*. University of Toronto, Graduate Department of Adult Education and Counselling Psychology. Tiré de : https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/31696/3/Broadbridge_Legge_Linklater_Renee_L_201111_PhD_thesis.pdf

Lohr, J.B., Palmer, B.W., Eidt, C.A., Ailaboyina, S., Mausbach, B.T., Wolkowitz, O.M., Thorp, S.R., Jeste, D.V. (2015). Is post-traumatic stress disorder associated with premature senescence? A review of the literature. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, (23)7, 709-725. doi:10.1016/j.jagp.2015.04.001.

Lumor, Mbalu. (2017). Vicarious trauma and self-care. Canadian Centre for Victims of Torture, CCR Consultation, Edmonton, AB. Tiré de : https://ccrweb.ca/sites/ccrweb.ca/files/vicarioustraumatismeself-care_ccvt.pdf

Möller, A., Söndergaard, H., Helström, L. (2017). Tonic immobility during sexual assault – a common reaction predicting post-traumatic stress disorder and severe depression. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. Tiré de : <https://doi.org/10.1111/aogs.13174>

Morrison, F., et al. (2015). Extinction reverses olfactory fear-conditioned increases in neuron number and glomerular size. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. Tiré de: 112. [10.1073/pnas.1505068112](https://doi.org/10.1073/pnas.1505068112).

Morrison, A., Frame, L., Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology* (42), 331-353. doi: [10.1348/014466503322528892](https://doi.org/10.1348/014466503322528892)

DSIA Handbook. Native Women's Association of Canada. (2014). Tiré de : www.nwac.ca/wp-content/uploads/2015/05/2014-NWAC-DSIA-Handbook.pdf

Neurodegenerative Diseases. (2019). National Institute of Environmental Health Sciences. Tiré de : www.niehs.nih.gov/research/supported/health/neurodegenerative/index.cfm

Nogrady, B. (2018). Intimate partner violence and PTSD increase menopausal symptom risk. *MDedge ObGyn*. Tiré de : www.mdedge.com/obgyn/article/189228/menopause/intimate-partner-violence-and-ptsd-increase-menopausal-symptom-risk

O'Connor, M. (2019). The neurobiological mechanisms of complicated grief. Tiré de : www.dana.org/Media/GrantsDetails.aspx?id=116500

ONDRI Diseases. (2019). Ontario Neurodegenerative Disease Research Initiative. Tiré de : <http://ondri.ca/about/ondri-diseases/>

Commission ontarienne des droits de la personne, (2018). *Enfances interrompues : Surreprésentation des enfants autochtones et noirs au sein du système de bien-être de l'enfance de l'Ontario* Tiré de : <http://ohrc.on.ca/fr/enfances-interrompues>

Pai A, Suris AM, North CS. Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations. *Behav Sci (Basel)*. 2017;7(1):7. Publié le 13 février 2017. doi:[10.3390/bs7010007](https://doi.org/10.3390/bs7010007). Tiré de : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5371751/DSM

Paradis, R. (2018). *The Sixties Scoop: A Literary Review prepared by the Manitoba Association of Friendship Centres*. Manitoba Association of Friendship Centres. Tiré de: www.friendshipcentres.ca/wp-content/uploads/2018/01/The-Sixties-Scoop-Literature-Review.pdf

Payne, P. et al (2015). Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Front Psychol*. 2015;6:93. Publié le 4 février 2015. doi:[10.3389/fpsyg.2015.00093](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093). Tiré de : www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4316402/

Randall, M. & Haskell, L. (2013). "Trauma-Informed Approaches to Law: Why Restorative Justice Must Understand Trauma and Psychological Coping". *Dalhousie Law Journal*.

Regehr, C., Sussman, T. (2004). Intersections between grief and trauma: toward an empirically based model for treating traumatic grief. *Brief Treatment and Crisis Intervention* (4),3. doi: 10.1093/brief-treatment/mhh025

Schwartz, A. (2016). The neurobiology of trauma. Tiré de: [https:// drarielleschwartz.com/the-neurobiology-of-trauma-arielle-schwartz/#.XIsAYmRKhhA](https://drarielleschwartz.com/the-neurobiology-of-trauma-arielle-schwartz/#.XIsAYmRKhhA)

Shear, M.K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C. Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* (71)11, 1287-1295. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1242.

Sixties Scoop Apology. (2018). Government of Alberta. Tiré de : www.alberta.ca/assets/documents/sixties-scoop-apology-transcript.pdf

Statistique Canada. (2016). Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe. www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-503-x/89-503-x2015001-fra.htm

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP).. Series 57. HHS Publication No. (SMA) 13-4801.

The Structure and Function of the Human Brain. (2019). Northern Brain Injury Association. Tiré de : <http://nbia.ca/brain-structure-function/>

Union of Ontario Indians. (2013). The Soul Wounds of the Anishinabek People. Tiré de : www.anishinabek.ca/wp-content/uploads/2016/07/Soul-Wounds-Booklet.pdf

Manitoba Trauma Informed Education & Resource Centre. (2013). Trauma-informed: the trauma toolkit, second edition. Tiré de : https://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit.pdf

Traumatic Brain Injury and Concussion. (2012-2017). American Society of Neuroradiology. Tiré de : www.asnr.org/patientinfo/conditions/tbi.shtml

Tull, M. (2018). The relationship between PTSD and depression. Tiré de : www.verywellmind.com/ptsd-and-depression-2797533

Understanding the stress response. (2018). Tiré de : www.health.harvard.edu/staying-healthy/understanding-the-stress-response

Valera, E. M., & Berenbaum, H. (2003). Brain injury in battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 797-804.

Valera, E. (2018). Intimate partner violence and traumatic brain injury: an "invisible" public health epidemic. Tiré de : www.health.harvard.edu/blog/intimate-partner-violence-and-traumatic-brain-injury-an-invisible-public-health-epidemic-2018121315529

Van Der Kolk, B.A. (1989). The compulsion to repeat the trauma. *Psychiatrics clinics of North America* (12)2, 389-411. doi: 10.1016/S0193-953X(18)30439-8

Vogues, M.A., Romney, D.M. (2003). Risk and resiliency factors in posttraumatic stress disorder. *Annals of General Hospital Psychiatry*. Tiré de : www.general-hospital-psychiatry.com/content/2/1/4/

Young, L. (2019). Nearly 53,000 sexual assault cases treated by Ontario doctors over 15 years: study. *Global News*. Tiré de : https://globalnews.ca/news/5655361/sexual-assault-statistics-ontario-hospitals/?fbclid=IwAR3q_MDsIOKJbyMG79-MimlCmAAoIDZ27aYpV-ZxrRQZTKx4lq2H5cx352o

Wilson, C. et al. (2016). Understanding the neurobiology of trauma and implications for interviewing victims. *End Violence Against Women International*. Tiré de : www.evawintl.org/Library/DocumentLibraryHandler.ashx?id=842

Wolfe, E. (2016). PTSD and accelerated aging. *PTSD Research Quarterly* (27)3. Tiré de : www.ptsd.va.gov/publications/rq_docs/V27N3.pdf