

---

# L'intervention thérapeutique auprès d'enfants amérindiens victimes d'agression sexuelle\*\*

---

ALEXANDRE J. S. MORIN  
Université de Sherbrooke

JASMINE JONCAS  
Université de Montréal

---

## Résumé

L'important taux d'enfants victimes d'agressions sexuelles rapporté dans certaines populations amérindiennes ainsi que l'ampleur des conséquences néfastes associées à ce phénomène soulignent l'urgence de développer des programmes d'interventions appropriés à cette population. Or, trop peu de chercheurs s'étant penchés sur la question, les praticiens travaillant auprès des Premières Nations sont souvent laissés à eux-mêmes face à ce problème. Nous résumerons, dans un premier temps, les modèles théoriques et les plans d'interventions élaborés pour des enfants agressés sexuellement issus de la population générale nord-américaine. Ensuite, une présentation détaillée du phénomène, de ses conséquences et des explications culturelles possibles chez les Premières Nations sera effectuée. Enfin, une série de suggestions susceptibles d'améliorer l'efficacité des plans d'intervention nord-américains lorsqu'appliqués à des enfants amérindiens seront proposées.

Alors qu'aux États-Unis, de 19 à 28 % des femmes et 8,6 à 16 % des hommes de la population générale ont été victimes d'agression sexuelle dans leur enfance (Wolfe, 1990), ces taux peuvent atteindre jusqu'à 33 % des femmes et 16 % des hommes chez les Canadiens (Tourigny, 1991 dans Tourigny, 1997). Si ces taux sont alarmants, le phénomène prend encore plus d'ampleur lorsque l'on sait que, dans certaines communautés amérindiennes du Canada, la proportion d'enfants victimes d'agression sexuelle peut atteindre jusqu'à 80 % chez les filles et 50 % chez les garçons

\*\* Accepted by the previous Associate Editor, Dr. Serge Desmarais.  
/ Accepté par le Rédacteur en chef adjoint précédent, Serge Desmarais.

(Nechi Institute, The Four World Development Project, The Native Training Institute, & New Direction Training – Alkali Lake, 1988). Telles qu'identifiées par Browne et ses collaborateurs (Browne & Finkelhor, 1986; Finkelhor, 1990; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993), les conséquences possibles à court et à long terme chez les enfants victimes d'agression sexuelle sont nombreuses et dévastatrices : (a) anxiété et culpabilité; (b) syndrome de stress post-traumatique; (c) dépression, vision négative de soi et tentatives de suicide; (d) problèmes de sommeil et troubles alimentaires; (e) délinquance, abus de substances et problèmes scolaires; (f) colère et hostilité envers les parents et le monde en général; (g) comportements sexuels inappropriés, problèmes sexuels et prostitution; (h) difficulté à faire confiance aux autres; (i) risque d'être à nouveau victimisé et/ou d'avoir des enfants qui seront eux-mêmes agressés.

Si certaines approches efficaces de thérapie existent pour répondre aux besoins de ces enfants, les Premières Nations semblent avoir été laissées de côté par une grande partie de la communauté scientifique. Or, certaines caractéristiques propres à la culture et à l'histoire de ces peuples ont pour effet d'y rendre difficile l'intervention, surtout si elle est effectuée par un individu issu de la population générale peu familiarisé avec cette culture. Comme peu d'Amérindiens possèdent la formation requise (Hogan & Barlow, 2000; Topper, 1992; Willis, Dobrec & Bigfoot Sipes, 1992) pour ce type d'intervention, le besoin de développer et d'évaluer des modalités d'interventions culturellement appropriées est pressant.

C'est dans le but d'appuyer les intervenants occidentaux amenés à œuvrer auprès des peuples des Premières Nations et de guider la réalisation d'études ultérieures que cet article a été préparé. Dans un premier temps, nous décrirons brièvement les modèles théoriques et les processus d'intervention s'étant avérés efficaces auprès des enfants de la population nord-américaine. Par la suite, nous dresserons un portrait de la prévalence, des conséquences et des explications historiques et culturelles possibles du phénomène de l'agression sexuelle dans les populations amérindiennes. Finalement, nous émettrons certaines recommandations visant à améliorer la sensibilité culturelle des interventions effectuées auprès des enfants amérindiens victimes d'agression sexuelle.

Tout au long de ce texte, nous nous centrerons principalement sur les cas d'abus sexuels survenus à l'intérieur d'une même famille. Il est toutefois important de souligner que la définition du terme « famille », pour les peuples des Premières Nations, ne fait pas référence au concept occidental de famille nucléaire, mais plutôt à celui de famille élargie (Carter & Parker, 1991; Everett, Proctor & Cartmell, 1983; Heilbron & Guttman, 2000; Topper, 1992).

Les modèles théoriques et d'intervention élaborés pour la population occidentale

*Les modèles explicatifs*

Initialement, les conséquences néfastes découlant de l'agression sexuelle étaient conceptualisées comme un syndrome de stress post-traumatique (American Psychology Association, 1994) découlant de l'exposition à un contact sexuel forcé. Certains constats ont cependant amené les chercheurs à se questionner sur ce sujet (Finkelhor, 1990) : (a) près de 66 % des victimes d'agression sexuelle ne répondent pas aux critères diagnostics du syndrome de stress post-traumatique; (b) chez l'enfant, une situation d'agression sexuelle intrafamiliale est davantage caractérisée par un abus de confiance ou de pouvoir et par la simple ignorance de son caractère inadéquat que par le danger. De surcroît, le fait que près du tiers des enfants victimes ne semblent présenter aucun problème notable d'adaptation (Finkelhor, 1990), suggère que les conséquences de l'agression sexuelle découlent de causes multifactorielles plutôt que d'un événement particulier. Sur cette base, plusieurs modèles théoriques, qui seront résumés ci-dessous, ont été proposés pour expliquer l'apparition de ces conséquences (Finkelhor & Browne, 1985; McCarthy, 1986; Spaccarelli, 1994; Wolfe, 1999), de même que pour guider l'évaluation d'un enfant référé à la suite d'une agression sexuelle.

Les premières étapes du développement d'un enfant prennent place à l'intérieur de son microsystème familial. Ainsi, c'est en transaction constante avec les différentes figures d'attachement de ce système que l'enfant pourra combler ses principaux besoins développementaux et qu'il fera l'acquisition des habiletés relationnelles et émotionnelles nécessaires à son développement ultérieur. Lorsque l'agression sexuelle d'un enfant prend place à l'intérieur de ce système, ce dernier se trouve confronté à un ensemble de paradoxes susceptibles de compromettre son développement : (a) il aime l'attention que l'agresseur lui porte, mais se sent mal à l'aise face aux réactions physiologiques que l'acte sexuel déclenche chez lui; (b) il ne peut mettre fin à la situation seul, mais il est blâmé lorsqu'il va chercher de l'aide auprès

de personnes en qui il devrait avoir confiance; (c) il devrait aimer un parent qui lui fait du mal; (d) il n'a aucune maîtrise de la situation, mais c'est à lui que l'agresseur reproche son attirance sexuelle. Incapable de comprendre ces paradoxes sur les plans cognitif et émotionnel, l'enfant pourra développer un sentiment de culpabilité, d'indignité et de honte, aura l'impression d'avoir été trahi, d'être anormal et différent, apprendra à utiliser sa sexualité pour obtenir des faveurs ou de l'attention et développera une image confuse de ses frontières personnelles.

En outre, les familles abusives sont souvent caractérisées par d'autres problèmes susceptibles d'affecter le développement de l'enfant, tels l'alcoolisme parental, l'isolement social, le conflit conjugal ou la pauvreté (Wolfe, 1999). Ces caractéristiques ont amené certains auteurs à qualifier ces familles de systèmes fermés (Levitt, Owen & Truchness, 1991). Watzlawick (1988; Watzlawick, Weakland & Fish, 1975) définit un système familial fermé comme un ensemble d'individus interdépendants, gouvernés par des règles implicites visant à maintenir l'équilibre du système. Dans une famille problématique, c'est souvent l'enfant qui occupe la position de pierre angulaire visant à maintenir la stabilité du système. Pour cette raison, l'enfant agressé sexuellement est souvent aux prises avec d'énormes pressions l'empêchant de mettre fin à la situation : s'il dévoile l'incident, il pourra ne pas être cru, blâmé pour la situation ou invité à garder le silence sous peine de « briser la famille ». Il apprendra alors que ses désirs n'ont aucune valeur et en viendra à se sentir stigmatisé dans son rôle de victime. Heureusement, ces conséquences ne sont pas inévitables puisque l'enfant qui est cru et soutenu lors du dévoilement de la situation, celui qui décide d'affronter la situation plutôt que de s'y résigner, celui qui peut compter sur un réseau de soutien significatif et celui qui est en mesure (seul ou non) de s'expliquer la situation et de se défaire de sa culpabilité a beaucoup plus de chances de s'en sortir, et ce sans trop de séquelles.

*Un modèle d'intervention systémique familial*

Bien que peu de modèles d'interventions destinés aux enfants agressés sexuellement aient été évalués adéquatement, ceux qui l'ont été semblent indiquer la supériorité du recours à des techniques cognitives et comportementales et l'importance de faire intervenir les parents (du moins s'ils ne sont pas impliqués dans l'agression) dans la thérapie (Berliner, 1997; Celano, Hazzard, Webb & McCall, 1996; Cohen & Mannarino, 1993, 1996, 1997; Dawson, 1984; Farrell, Hains & Davies, 1998; Finkelhor & Berliner, 1995; Jones, 1986; Tourigny, 1997; Wolfe, 1990).

Avant d'amorcer toute intervention, il est primordial de s'assurer que la sécurité de l'enfant n'est pas compromise. En termes de sécurité, trois éléments de base doivent être considérés : (a) les besoins fondamentaux de l'enfant (manger, dormir, etc.) doivent être adéquatement comblés; (b) l'enfant ne doit présenter aucun risque suicidaire ou comportement autodestructeur; (c) l'environnement dans lequel l'enfant évolue doit être sécuritaire ou des mécanismes de protection efficaces doivent avoir été mis en place (Herman, 1992; Lebowitz, Harvey & Herman, 1993). S'il y a lieu, l'enfant doit aussi être préparé à témoigner en cour de façon à ce que cette expérience soit la moins traumatisante possible pour celui-ci<sup>1</sup>.

Dès que la sécurité de l'enfant est assurée, il est nécessaire d'effectuer une évaluation complète de celui-ci et de son (ses) parent(s). Lors d'une telle évaluation, Wolfe (1990) souligne l'importance de coordonner les efforts des différents intervenants impliqués dans le dossier de l'enfant (c.-à-d., experts, travailleurs sociaux, avocats, thérapeutes, etc.) pour éviter que ce dernier n'ait à répéter des éléments susceptibles de l'affecter négativement (c.-à-d., description de l'agression). Une telle évaluation devrait aussi couvrir l'ensemble des problèmes manifestés par l'enfant et par ses parents, leurs besoins et leurs forces, de même que les caractéristiques du contexte dans lequel l'agression s'est déroulée.

À notre connaissance, les auteurs ayant proposé des modèles d'intervention efficaces pour les enfants victimes d'agressions sexuelles s'entendent quant à la nécessité de recourir à un mode de thérapie par modules, spécifiques aux caractéristiques propres des enfants et des parents rencontrés (Berliner, 1997; Celano et al., 1996; Cohen & Mannarino, 1993, 1996, 1997; Dawson, 1984; Farrell et al., 1998; Jones, 1986; Leifer, Shapiro & Kassem, 1993; Wolfe, 1990). Le choix des aspects spécifiques à aborder lors d'une intervention et l'ordre dans lesquels ils sont abordés doit reposer sur l'évaluation complète des forces, des faiblesses, des problèmes et des besoins des clients. Les différents modules proposés seront maintenant brièvement décrits.

1 Pour plus de détails sur la préparation d'un enfant qui doit témoigner en cour, nous référons le lecteur aux textes de Cohen et Mannarino (1993), de Dawson (1984), de Jones (1986) et de Wolfe (1990). Brièvement, ces suggestions se résument comme suit : (a) le témoignage vidéo; (b) la salle de Cour miniature, reliée à l'aide d'un circuit télévisé à la salle principale; (c) l'enseignement du protocole à respecter lors d'un procès; (d) la gestion du stress; (e) la pratique, par jeux de rôles.

#### *Le volet « enfant »*

*L'expression des émotions associées à l'agression et l'acceptation de celle-ci.* Pour permettre à un enfant d'exprimer ce qu'il ressent suite à une agression sexuelle, diverses techniques ont été suggérées (Celano et al., 1996; Cohen & Mannarino, 1993; Coulson, Wallis & Clark, 1994; Farrell et al., 1998; Jones, 1986; Sheinberg, True & Fraenkel, 1994; Wolfe, 1990). Ainsi, l'enfant peut s'exprimer par le dessin, par des jeux de poupées ou par la rédaction d'une histoire. Dans tous les cas, il est essentiel d'écouter le message de l'enfant et de valider ses émotions parfois conflictuelles.

*Les peurs et l'anxiété résultantes.* D'une manière générale, les techniques suggérées pour intervenir sur ce plan sont l'exposition, la désensibilisation systématique ou l'inoculation au stress. Un programme d'inoculation au stress développé spécifiquement pour les enfants a d'ailleurs été évalué par Farrell et al. (1998) et s'est avéré efficace. Un ensemble de suggestions ont été formulées afin de rendre ce type d'intervention approprié au niveau de développement cognitif des enfants. Ainsi, quelques auteurs indiquent que l'apprentissage par les enfants des techniques de gestion du stress enseignées peut être favorisé par l'utilisation de jeux de rôles classiques ou réalisés par l'intermédiaire de poupées (Cohen & Mannarino, 1993; Farrell et al., 1998). De même, le renforcement (p. ex., collants) peut être nécessaire pour s'assurer que l'enfant complétera ses « devoirs » (Celano et al., 1996; Farrell et al., 1998). De plus, comme les techniques classiques d'exposition ne sont pas toujours appropriées aux enfants, certains ont suggéré de les amener à dessiner ou à mimer ce qui les effraie ou à tenir un journal personnel à ce sujet (Cohen & Mannarino, 1993). Cohen et Mannarino (1993) indiquent aussi que l'utilisation d'une technique d'arrêt de pensée peut s'avérer utile pour les enfants plus jeunes. Enfin, pour éviter que l'enfant n'associe le caractère confidentiel de la session thérapeutique au secret de son agression sexuelle, Jones (1986) suggère, au cours des premières séances, de laisser ouverte la porte du bureau ou de permettre à l'enfant d'être accompagné par un adulte en qui il a confiance.

*La culpabilité, l'estime de soi, le sentiment d'avoir été exploité et abandonné et l'impression d'avoir été trahi.* D'une manière générale, la technique thérapeutique la plus recommandée pour intervenir sur ce type de conséquences est la restructuration cognitive. Cependant, compte tenu du niveau de développement cognitif des jeunes enfants, certaines stratégies

ont été suggérées pour maximiser les effets de cette technique, tel le recours à des jeux de rôles ou histoires à compléter (Celano et al., 1996; Coulson et al., 1994; Farrell et al., 1998; Sheinberg et al., 1994). Celano et al. (1996) suggèrent aussi l'utilisation de chansons contenant des affirmations positives. Plus spécifiquement, pour restructurer la culpabilité de l'enfant, Cohen et Mannarino (1993) suggèrent de travailler à partir d'images représentant différentes situations interpersonnelles en demandant à l'enfant d'identifier le responsable de la situation. De même, Celano et al. (1996) suggèrent de rédiger avec l'enfant une lettre à l'agresseur, dans laquelle il est encouragé à exprimer son impression d'avoir été trahi. Outre la restructuration cognitive, l'implication de l'enfant dans une activité artistique valorisante et le renforcement de ses efforts ont été suggérés pour favoriser le rétablissement de son estime de soi (Celano et al., 1996; Wolfe, 1990). Enfin, Jones (1986) souligne qu'il est essentiel d'aviser l'enfant au moins six semaines avant la fin de la thérapie, pour éviter qu'il se sente de nouveau trahi et abandonné.

*La vision résultante de la sexualité.* À la suite d'une agression, l'enfant peut développer une vision négative de la sexualité, une crainte d'avoir été physiquement endommagé, une culpabilité face aux sensations que le contact sexuel a éveillé chez lui et une série de comportements sexuels inappropriés. Pour cette raison, il est important de fournir à l'enfant une éducation sexuelle appropriée à son âge (Dawson, 1984). L'intervenant devrait alors enseigner à l'enfant que les sensations plaisantes sont une réaction normale et non dégoûtante au toucher sexuel (Jones, 1986), l'aider à distinguer les comportements sexuels appropriés pour un adulte et pour un enfant (Celano et al., 1996; Cohen & Mannarino, 1996) et s'assurer qu'il distingue bien la sexualité « normale » de son expérience de victimisation (Celano et al., 1996). De même, l'utilisation d'images « sexuelles » est recommandée pour apprendre à l'enfant à distinguer un toucher affectif approprié d'un toucher sexuel inapproprié (Celano et al., 1996; Cohen & Mannarino, 1993; Jones, 1986). Enfin, la technique la plus efficace pour éliminer les comportements sexuels inappropriés de l'enfant reste l'enseignement aux parents des techniques de renforcement contingent (Cohen & Mannarino, 1996).

*L'impuissance, l'affirmation de soi et la vulnérabilité.* Afin d'éviter que l'enfant ne soit de nouveau agressé sexuellement, cette étape du traitement est primordiale. Pour cette raison, certains auteurs ont insisté sur l'importance d'enseigner à l'enfant, par l'intermé-

diaire de jeux de rôles ou de vidéos éducatifs, des habiletés d'affirmation de soi adéquates (Celano et al., 1996; Cohen & Mannarino, 1993; Friedrich, Luecke, Beilke & Place, 1992). Il est important ici de démontrer à l'enfant qu'il a le droit de dire non et de lui enseigner qu'il existe des ressources à sa disposition si la situation venait à se reproduire (Cohen & Mannarino, 1993). L'utilisation d'images permettant d'enseigner à l'enfant à reconnaître des situations présentant un danger potentiel est aussi recommandée (Cohen et Mannarino, 1993). Enfin, pour démontrer à l'enfant qu'il peut exercer un contrôle sur sa vie, Jones (1986) suggère de lui permettre d'exercer un certain contrôle sur le contenu des séances thérapeutiques.

*L'ambivalence à l'égard de l'agresseur.* Si peu d'interventions spécifiques ont été élaborées à ce sujet, il demeure clair qu'il est essentiel de valider les émotions conflictuelles que l'enfant éprouve face à l'agresseur et de lui indiquer que cette ambivalence est normale (Cohen & Mannarino, 1996). Giaretto (1982) mentionne qu'il peut aussi s'avérer utile de demander à l'agresseur de rédiger une lettre dans laquelle il assume l'entière responsabilité des ses actes.

Enfin, avant de conclure à l'efficacité de la thérapie, il doit être possible de démontrer que la victime ait pu franchir certaines étapes cruciales (Harvey, 1996; Herman, 1992; Lebowitz et al., 1993) : (a) la victime doit pouvoir exercer un contrôle sur son processus de rappel des événements traumatisants de façon à ce que ses trous de mémoire soient comblés et qu'elle ne souffre plus d'intrusions indésirables; (b) la victime doit pouvoir intégrer ses souvenirs et émotions associées aux événements traumatisants afin de comprendre que ses émotions négatives sont intimement liées à l'agression sexuelle; (c) la victime doit développer une tolérance à l'affect (c.-à-d., être capable de vivre des émotions d'une intensité « normale »); (d) les symptômes manifestés par la victime doivent être éliminés ou contrôlés; (e) l'estime de soi et le sens de cohérence interne (c.-à-d., intégrité psychologique) de la victime doivent avoir été reconstruits; (f) la victime doit de nouveau avoir la capacité de développer des relations d'attachement saines; (g) la victime doit pouvoir accorder une signification à son expérience traumatisante qui soit cohérente avec son sens de soi.

*Le volet « parent non agresseur »*

*La crédibilité de l'enfant et les attributions de blâme.* Comme plusieurs parents doutent de la crédibilité de leur enfant ou le croient responsable des événements, il est important d'intervenir sur ce plan. À cette fin, il

est possible d'utiliser des techniques d'éducation, de restructuration cognitive et même de confrontation, de façon à amener le parent à croire son enfant et à déplacer le blâme vers l'agresseur.

*L'ambivalence face à l'agresseur.* Comme de nombreux parents éprouvent des sentiments ambivalents face à l'agresseur lorsque celui fait partie de la famille (c.-à-d., colère, attachement, etc.), il est essentiel d'aborder cet aspect en thérapie. Favoriser l'expression de la colère ressentie face à l'agresseur et enseigner des stratégies pour gérer celle-ci permettra d'éviter qu'elle n'ait un impact négatif sur l'enfant. De même, lorsque l'émotion dominante est la peur, il est important de rappeler au parent l'existence d'organismes de protection. Enfin, si l'émotion dominante est l'attachement face à l'agresseur, il est primordial d'emmener le parent à se positionner (c.-à-d., aider l'enfant ou l'agresseur). La restructuration cognitive et la confrontation peuvent alors être utiles.

*La peur de conséquences négatives pour l'enfant et la prévention d'une agression ultérieure.* Lorsque les parents ont peur que leur enfant n'ait été endommagé physiquement ou psychologiquement par l'agression sexuelle, il est important de leur fournir une information réaliste quant aux conséquences possibles de cette expérience. De plus, comme il est fréquent que les parents se sentent coupables de n'avoir pu empêcher l'agression sexuelle et craignent de ne pouvoir agir si la situation se représente, il est suggéré de développer leur capacité d'affirmation de soi et de leur suggérer de participer à un programme de prévention de l'agression (pour une description de ces programmes, voir Wolfe, 1990, 1999).

*La gestion des comportements problématiques de l'enfant.* Il peut s'avérer utile d'enseigner aux parents diverses techniques de gestion de comportements problématiques, tel le renforcement contingent (c.-à-d., ignorer les comportements inadéquats et récompenser les comportements adéquats). En effet, de nombreux parents se sentent incapables de faire face aux comportements sexuels inadéquats et aux conduites opposantes de leurs enfants. Cohen et Mannarino (1993) suggèrent aussi d'enseigner aux parents différentes techniques de gestion du stress (relaxation, imagerie, arrêt de pensée) de façon à ce qu'ils puissent aider leurs enfants à pratiquer ces apprentissages thérapeutiques.

*Le soutien émotionnel fourni à l'enfant.* Comme le soutien émotionnel fourni à l'enfant par les parents est une variable importante dans la détermination de

l'adaptation des enfants victimes d'agression sexuelle, il faut s'assurer que les parents sachent de quelle façon ils peuvent fournir un tel appui. À ce sujet, le recours à des techniques de modelage, de jeux de rôles et d'éducation est suggéré.

*La présence d'antécédents d'agression sexuelle chez le parent.* Étant donné que l'agression d'un enfant peut éveiller chez un parent, ayant lui-même été agressé dans le passé, un ensemble de souvenirs problématiques et de questionnements susceptibles d'amplifier leur réaction normale à la dénonciation de l'agression, il est impératif d'aborder cet aspect en thérapie. Le point central de cette intervention étant, bien entendu, de s'assurer que la victimisation antérieure du parent ne nuira pas à sa relation avec l'enfant.

Pour tout autre problème personnel susceptible de nuire au développement de l'enfant (dépression, alcoolisme, etc.), le parent devrait être référé à une ressource appropriée. L'objectif du traitement étant d'appuyer l'enfant, il est important qu'un parent présentant lui-même des problèmes personnels sérieux comprenne qu'il a aussi le droit de prendre du temps pour lui.

#### *Autres modalités d'intervention*

L'utilité potentielle d'une thérapie de groupe ou d'un programme multimodal d'intervention, tant pour les parents que pour les enfants, a été soulignée par certains auteurs (Delson & Clark, 1981; Friedrich et al., 1992; Giaretto, 1982; Sheinberg et al., 1994; Woodworth, 1991; Wolfe, 1990). Les bénéfices de ces autres formes de thérapies se situeraient sur les plans suivants : (a) elles permettent aux enfants de réaliser qu'ils ne sont pas seuls et que leurs réactions sont normales; (b) elles permettent aux participants de partager leur expérience dans un climat sain et soutenant, et de se sentir crus et compris; (c) elles offrent aux enfants et aux parents un terrain d'expérimentation pour pratiquer les habiletés acquises en thérapie; (d) elles permettent d'aider à rompre l'isolement social des familles abusives en leur donnant accès à de nouvelles sources de soutien social. Cependant, comme l'efficacité de ces types d'intervention est insuffisamment démontrée (Tourigny, 1997), elles ne sont suggérées que comme complément à une thérapie individuelle ou familiale.

#### *L'agression sexuelle chez les Premières Nations La réalité de l'agression sexuelle chez les Premières Nations*

Peu d'études ont tenté d'évaluer d'une manière rigoureuse la prévalence du phénomène d'agression sexuelle chez les enfants dans les populations amérindiennes. Les résultats obtenus à ce jour sont d'ailleurs

contradictaires, certaines études rapportant des taux de victimisation aussi élevés que 50 % chez les garçons et 48 à 80 % chez les filles (Herbert & McCannel, 1997; Nechi Institute et al., 1988), tandis que d'autres rapportent des taux aussi faibles que 2,4 % chez les garçons et 12,7 à 14 % chez les filles (Kunitz, Levy, McCloskey & Gabriel, 1998; Pharris, Resnick & Blum, 1997). Outre ces cas extrêmes, les taux rapportés se situent généralement entre 27 et 52 % des filles et 3 et 14 % des garçons (Embree & De Wit, 1997; Gutieres, Russo & Urbanski, 1994; Gutieres & Todd, 1997; Lodico, Gruber & DiClemente, 1996; Robin, Chester, Rasmussen, Jaranson & Goldman, 1997b; Roosa, Reinholtz & Angelini, 1999). Les quelques études qui ont tenté de comparer la prévalence des agressions sexuelles au sein de diverses populations n'ont également pas réussi à s'entendre : certaines études indiquent que la prévalence du phénomène est similaire chez les Amérindiens et chez les autres peuples nord-américains (Gutieres & Todd, 1997; Roosa et al., 1999), alors que d'autres observent des taux plus élevés que ceux observés chez les Nord-Américains anglo-saxons, mais similaires à ceux observés chez les autres groupes minoritaires (Lodico, Gruber & DiClemente, 1996). Les résultats de l'étude de Robin, Chester, Rasmussen, Jaranson et Goldman (1997a) permettent néanmoins de préciser le phénomène chez les Amérindiens : (a) 50 % des victimes ont été agressées par plus d'une personne; (b) 55 % des victimes ont été agressées par pénétration; (c) 95 % des victimes ont été agressées par quelqu'un qu'elles connaissaient; (d) 78 % des victimes ont été agressées par un membre de leur famille; (e) la prévalence de l'agression sexuelle semble augmenter d'une génération à l'autre.

Les résultats des études qui ont tenté d'évaluer quelles étaient, pour un enfant amérindien, les conséquences d'une agression sexuelle sont généralement compatibles avec les résultats des études nord-américaines (Barker-Collo, 1999; Embree & De Wit, 1997; Herbert & McCannel, 1997; Irwin & Roll, 1995; Kunitz et al., 1998, 1999; Lodico et al., 1996; McEvoy & Daniluck, 1995; Pharris et al., 1997; Robin et al., 1997a, 1997b, 1999; Roosa et al., 1999) : (a) dépression, désespoir, idéations suicidaires et tentatives de suicide; (b) honte, culpabilité et faible estime de soi; (c) consommation abusive d'alcool et de drogues; (d) comportements antisociaux et autodestructeurs; (e) revictimisation ultérieure et risque de devenir agresseur; (f) peur et anxiété; (g) « brisure » de l'image de soi et confusion quant aux frontières personnelles; (h) problèmes relationnels et sexuels. Malgré cette similitude, McEvoy et Daniluck (1995) mentionnent certaines différences importantes à

prendre en considération en thérapie. Ainsi, lorsqu'ils décrivent les conditions de vie de leurs sujets, ils font la remarque suivante : « Ces femmes ont grandi empilées dans des petites maisons, parfois sans fenêtres, chauffage ou plomberie, dépourvues de vie privée et de frontières personnelles et sans espace pour se cacher » (McEvoy & Daniluck, 1995, p. 226). Robin et al. (1997a) indiquent aussi que l'alcoolisme des parents semble constituer un facteur de risque important d'agression sexuelle chez l'enfant amérindien. Comme 74 % des sujets ayant participé à cette étude rapportent qu'un de leur parent souffrait d'alcoolisme, ce résultat est inquiétant. D'autres différences émergent lorsque l'on tient compte des facteurs de protection ayant été identifiés pour les enfants amérindiens agressés sexuellement (Herbert & McCannel, 1997; Pharris et al., 1997) soit : le soutien de la famille, du chef de bande ou d'autres adultes, les attentes parentales, l'implication dans les activités traditionnelles, l'attachement à l'école, la spiritualité et l'identité culturelle. Ces résultats démontrent clairement l'importance de la famille, de la communauté et de la culture pour les peuples des Premières Nations. Enfin, les valeurs amérindiennes traditionnelles concernant la sexualité laissent supposer que le vécu subjectif des victimes peut se produire dans un cadre très différent du cadre occidental. En effet, les sociétés amérindiennes étaient traditionnellement matriarcales et, contrairement aux sociétés occidentales, accordaient une liberté de choix sexuel totale à la femme : si l'homme restait libre de refuser les avances d'une femme, c'est toujours celle-ci qui faisait les premiers pas.

Facteurs associés à l'agression sexuelle et susceptibles de créer des tensions relativement à l'établissement d'une relation thérapeutique dans les communautés amérindiennes

#### *Les facteurs historiques*

Les premiers contacts des Premières Nations avec les colons occidentaux furent caractérisés par de longs affrontements. Si ces affrontements remontent à un certain temps déjà, leur importance réside dans le fait qu'ils se soldèrent par la décimation des 2/3 du peuple amérindien (Weaver & Brave Heart, 1999) et par l'imposition des valeurs « européennes ». C'est ainsi que les Amérindiens en sont venus à chasser pour le commerce, plutôt que pour assurer leur simple subsistance, et que leur société est passée d'un système matriarcal ou égalitaire à un système patriarcal (Connors & Oates, 1997; Herbert & McCannel, 1997). Les missionnaires ont ensuite été chargés d'éduquer les « sauvages » et de les convertir à la religion catholique. Or, le comportement de certains de ses

missionnaires n'étant pas toujours conforme aux valeurs chrétiennes qu'ils prônaient, le message transmis aux Amérindiens fut paradoxal : il faut paraître « pur » publiquement mais tout est permis en privé, alors qu'auparavant, ils avaient appris à rester eux-mêmes tant en public qu'en privé (Connors & Oates, 1997). L'éducation des enfants fut aussi modifiée : l'apprentissage traditionnel, caractérisé par l'observation, la liberté de choix et l'expérimentation, fut progressivement remplacé par le modèle d'enseignement magistral occidental, excluant la liberté de choix et d'expérimentation de l'apprenant.

Les traités de paix qui suivirent permirent aux Occidentaux de s'approprier les territoires de chasse traditionnels des peuples amérindiens et forcèrent ces derniers à vivre sur des réserves, parfois même à plusieurs centaines de kilomètres de leurs territoires traditionnels (Kirmayer, Brass & Tait, 2000). Les efforts d'assimilation des Amérindiens atteignirent un point culminant lors de la création des écoles résidentielles, dans lesquelles plusieurs générations d'enfants amérindiens furent placés après avoir été arrachés à leurs familles. Dans ces écoles où il leur était interdit de parler leur langue, de communiquer avec leur famille et où l'on dénigrait leur culture, plusieurs enfants furent victimes d'agressions sexuelles (Carter & Parker, 1991; Hodgson, 1990; Kirmayer et al., 2000; Malone, 2000; Weaver & Brave Heart, 1999). Si la situation semble aujourd'hui s'être améliorée, et si les Premières Nations ont eu la possibilité de reprendre en main l'éducation de leurs enfants, les réserves sont toujours présentes et certaines lois canadiennes en vigueur, formulées en fonction du concept de famille nucléaire, continuent de dénigrer certains aspects de la culture amérindienne, organisée autour du concept de famille élargie (LaFromboise, Trimble & Mohatt, 1990).

Ces facteurs historiques ont souvent été tenus responsables de l'effondrement de la société amérindienne, de la hausse de l'alcoolisme et de la prévalence élevée de l'agression sexuelle (Connors & Oates, 1997; Kirmayer et al., 2000; Lowery, 1998; Trimble, 1992; Willis et al., 1992). Les conditions de pauvreté parfois extrêmes qui règnent sur les réserves amérindiennes permettent aussi d'expliquer l'émergence de conditions favorables au développement de ces problèmes (Connors & Oates, 1997, Willis et al., 1992). Si l'on tient compte du fait que la pauvreté, l'alcoolisme d'un parent et le fait d'avoir déjà été agressé sexuellement constituent des facteurs qui augmentent le risque qu'un enfant soit agressé sexuellement (Wolfe, 1999), les sociétés amérindiennes semblent aujourd'hui prises dans un cercle vicieux duquel elles auront de la difficulté à se sortir (Connors & Oates, 1997; Herbert & McCannel, 1997; Kirmayer &

al., 2000). Une chose est cependant claire : ce passé difficile permet d'expliquer la méfiance que manifestent aujourd'hui certains clients amérindiens face à un thérapeute occidental. Assiniwi (1973, p.12-13), un écrivain et historien amérindien, explique comme suit ce phénomène :

« Ce découvreur que mon ancêtre a accueilli, nourri, soigné, promené à travers les pistes déjà bien battues, nous a apporté une nouvelle civilisation : "SA" civilisation qu'il appelait "LA" civilisation. Si tu appartiens à la descendance de cet homme qui m'a oublié volontairement dans cet immense pays, devenu trop petit pour que je m'y sente encore à mon aise, noyé que je suis dans cet étang qui manquera d'eau bientôt et que tu appelles "RÉSERVE", écoute bien ce que j'ai envie de te dire depuis si longtemps. Écoute bien le "SAUVAGE" que je suis [...]

Tu sauras comment je t'ai vu arriver, vivre et abuser de ma naïveté. Tu connaîtras les tourments qui m'ont assailli à mesure que tu prenais la place qui m'était nécessaire. Tu sauras ce que j'ai ressenti, en voyant mourir mon frère, ma sœur, mon père, ma mère, les animaux et les arbres de ma forêt. Tu connaîtras les raisons de mes guerres et de mes paix. Tu apprendras ce que tu appelles ma "passivité" au développement de "mon pays" et à mon intégration à "ton monde". Tu sentiras couler sur ton visage toutes les larmes versées par mes yeux, au regard de ma fierté blessée. Tu vivras mon angoisse présente et ma crainte du lendemain face à ton inconscience de mon droit à la liberté culturelle et linguistique [...] Alors, mais alors seulement, je te permettrai de me juger[...] si tu as compris [...] »

### *Les facteurs culturels*<sup>2,3</sup>

Si l'agression sexuelle est un phénomène tout aussi répréhensible dans la culture amérindienne que dans le reste de la culture nord-américaine (Carter & Parker, 1991; Kahn, Lejero, Antone, Francisco & Manuel, 1988), la cadre culturel dans lequel elle prend place est fort différent. Plusieurs auteurs mentionnent que l'une des caractéristiques dominantes de la culture amérindienne est une forme de régulation sociale

2 Nous parlons ici d'une « macro-culture » amérindienne. Comme cette macro-culture est elle-même le résultat d'un amalgame de plusieurs micro-cultures différentes et que chaque peuple amérindien est différent des autres, il est important d'éviter les généralisations à outrance et de porter attention au caractère unique à chacune de ces cultures (Kirmayer et al., 2000).

3 Nous référons le lecteur intéressé à en savoir plus au sujet de la culture et de l'histoire amérindienne à l'œuvre complète de l'écrivain, historien et romancier amérindien Bernard Assiniwi (voir à ce sujet les sites Internet suivants : <http://www.sdm.qc.ca/txtdoc/tbhassin.html>; [http://pages.infinet.net/assiniwi/intro\\_fr.htm](http://pages.infinet.net/assiniwi/intro_fr.htm)) et au site Internet du groupe Cleary (<http://www.autochtones.com/>).

des conflits interpersonnels visant le maintien de l'harmonie et de la coopération (Brant, 1990; Connors & Oates, 1997; Lundy, 1987). Cette caractéristique, qui aurait autrefois permis aux tribus amérindiennes nomades de survivre aux rigueurs du climat nord-américain (Lundy, 1987), est cependant à la source d'autres valeurs amérindiennes susceptibles de contribuer au silence face aux agressions sexuelles et au maintien du phénomène (Brant, 1990, 1993; Long, 1986; Morrissette & Nanden, 1998; Savinshinsky, 1991). De surcroît, ces valeurs sont aussi susceptibles de compliquer sérieusement l'évaluation et l'intervention auprès de clients amérindiens lorsqu'elle est effectuée par un intervenant occidental (Carlson, 1973).

*La loyauté à la communauté et l'interdépendance.* Dans la culture amérindienne traditionnelle, le concept de soi est défini de façon relationnelle, le bien-être de la famille élargie, de la bande et de la communauté y occupant une place primordiale (Connors & Oates, 1997; Kirmayer et al., 2000; Malone, 2000; Weaver & Brave Heart, 1999). Dans un cadre d'agression sexuelle, l'une des craintes principales des Amérindiens concerne l'introduction dans leur communauté d'un nouvel oppresseur (c.-à-d., l'intervenant), porteur de lois et de valeurs distinctes (Willis et al., 1992). Cette appréhension, qui s'ajoute à la crainte de « briser » la famille, observée chez les Occidentaux, peut en partie être expliquée par certains des facteurs historiques présentés plus haut. La peur d'être exclus de la communauté est une autre raison pour laquelle les Amérindiens préfèrent garder le silence dans une situation d'agression sexuelle. La réserve étant un lieu isolé, il est fréquent que la victime préfère garder le silence plutôt que d'avoir à quitter sa famille pour aller en ville recevoir le soutien dont elle a besoin. Ces valeurs communautaires sont intimement liées à l'importance accordée au partage par les peuples amérindiens (Brant, 1990; Malone, 2000). Pour cette raison, les frais exigés par certains thérapeutes occidentaux pour intervenir auprès de leurs clients et leur obligation éthique de ne pas accepter d'échanges de services peuvent constituer une autre source de conflit de valeurs.

*La non-interférence.* La non-interférence est une norme amérindienne qui vise à assurer le respect de l'autonomie individuelle en décourageant toute forme de coercition et d'interférence dans la vie privée des autres membres de la communauté (Kelso & Attneave, 1981). Si le bien-être de la communauté est prioritaire pour les Premières Nations, la liberté individuelle vient au second rang et n'est limitée que par le respect de la communauté. Selon Good Tracks

(1973), la non-interférence ferait partie des valeurs les plus acceptées par l'ensemble des peuples amérindiens. Au niveau comportemental, elle se manifeste, par exemple, par l'apparente permissivité des parents à l'égard de leurs enfants (Armstrong & Patterson, 1975). Cependant, en poussant les Amérindiens à se « mêler de leurs affaires », la non-interférence n'encourage certainement pas le dévoilement de l'agression (Malone, 2000). Certains auteurs ont toutefois remis cette interprétation en question en mentionnant que, si les gens sont encouragés à ignorer ce qui se passe chez les voisins, aucune valeur amérindienne n'empêche la victime d'aller chercher de l'aide et d'en recevoir (Hodgson, 1990). La loyauté à la communauté et l'importance accordée au bonheur d'autrui pour les peuples amérindiens rendent effectivement possible et même souhaitable le dévoilement d'une situation d'agression sexuelle (Willis et al., 1992). Hodgson (1990) précise cette affirmation en mentionnant que la « loi du silence », qui semble toucher les situations d'agressions sexuelles, serait davantage une caractéristique des familles abusives ou alcooliques qu'un trait de la culture amérindienne.

*La spiritualité.* L'importance de la spiritualité pour les peuples amérindiens provient de leur croyance que le bien-être (ou la maladie) provient d'un état d'équilibre et d'harmonie entre l'esprit, l'âme, les émotions et le corps, et que chacune de ses dimensions est elle-même liée au bien-être de la communauté, du monde spirituel et de la nature environnante (Kirmayer et al., 2000; Lowery, 1998; McCormick, 2000; Topper, 1992; Trimble, 1992; Weaver & Brave Heart, 1999; Wyrostok & Paulson, 2000). Cette importance accordée à la spiritualité peut pousser les gens à croire que les causes d'une agression sexuelle résident dans l'influence de mauvais esprits habitant l'agresseur ou à attribuer les symptômes manifestés par l'enfant à une malédiction. La situation se complique lorsque l'agresseur est l'un des aînés de la communauté, puisque les personnes âgées occupent dans la communauté le rôle important de « gardiens de la culture » (Hodgson, 1990). En plus de nuire au dévoilement d'une situation d'agression sexuelle, ces traits culturels peuvent aussi transmettre l'impression qu'une intervention n'apportera rien de plus à la victime que ce qu'elle peut obtenir des guérisseurs traditionnels.

*Le savoir-être amérindien.* Dans la culture amérindienne, certains aspects culturels liés au savoir-être, s'ils n'influencent pas la prévalence ou le dévoilement des agressions sexuelles, peuvent certainement nuire à l'établissement d'une relation thérapeutique entre

un client amérindien et un intervenant occidental (Malone, 2000). Premièrement, pour réduire la rivalité intergroupe et d'éviter l'embarras des membres du groupe les moins habiles, les sociétés amérindiennes ont traditionnellement favorisé l'adoption d'une attitude de non-compétitivité, souvent difficile à comprendre pour un Occidental (Kelso & Attneave, 1981). Au niveau comportemental, cette attitude est souvent perçue comme un manque d'initiative et d'ambition, parfois interprétée comme une dépression. Deuxièmement, dans le but d'encourager la maîtrise de soi et de décourager l'expression de sentiments violents, la retenue émotionnelle est un comportement fort valorisé dans le contexte tribal traditionnel des Premières Nations (Malone, 2000). Outre le fait qu'une suppression émotionnelle prolongée, combinée à une consommation d'intoxicants, peut donner lieu à certains relâchements violents, certains intervenants ont souvent interprété cette retenue comme de la passivité et comme une forme de résistance au dévoilement de soi (Brant, 1990). Troisièmement, le concept du temps est très différent pour les Amérindiens que pour le reste de la société nord-américaine : ils conçoivent le temps comme une entité flexible et relative à la personne et au contexte. Pour un Occidental, cette flexibilité peut souvent être interprétée comme de la paresse et les retards aux séances de thérapie, comme de la résistance (Malone, 2000). Enfin, comme les Amérindiens croient que l'individu seul est capable de déterminer ses habiletés, la gratitude et l'approbation sont rarement verbalisées ou démontrées (Wax & Thomas, 1961). De même, pour éviter l'embarras, les points faibles d'un individu ne sont jamais directement soulignés. Par conséquent, les Amérindiens ont beaucoup de difficulté à accepter les commentaires positifs ou critiques ainsi que les récompenses.

#### La thérapie auprès des enfants Amérindiens victimes d'agression sexuelle

##### *La thérapie individuelle et familiale*

À notre connaissance, peu de modèles d'interventions opérationnels ont été proposés pour intervenir auprès des enfants amérindiens agressés sexuellement, et aucun n'a encore été évalué systématiquement. Par contre, cette recension des écrits n'a révélé aucune contre-indication à l'utilisation d'un modèle thérapeutique ayant démontré sa valeur auprès d'enfants nord-américains, comme celui qui a été présenté au début de cet article (Willis et al., 1992). Celano et al. (1996) ont d'ailleurs déjà démontré l'efficacité de ce type d'intervention auprès d'enfants afro-américains. Cependant, si les cibles et techniques d'inter-

vention sont transposables à la culture amérindienne, certaines sources de tensions sont susceptibles d'apparaître et de miner la thérapie si l'intervenant occidental ne modifie pas son style interpersonnel pour tenir compte des valeurs amérindiennes (LaDue, 1994; Lafromboise, Tribble, Mohatt & Thomason, 1993; Lafromboise et al., 1990; Solomon, Heisberger & Winer, 1981; Willis et al., 1992). À cet égard, un certain nombre de suggestions a été proposé dans les écrits scientifiques<sup>4</sup>.

*L'orientation thérapeutique.* En premier lieu, il est primordial de choisir l'orientation thérapeutique qui sera privilégiée. À cet égard, certains auteurs ont constaté que les Amérindiens préfèrent un degré de directivité plus grand que celui utilisé dans une thérapie conventionnelle, telle que la thérapie psychanalytique (Heilbron & Guttman, 2000; Renfrey, 1992; Topper, 1992). D'autres auteurs ajoutent aussi que les thérapies familiales traditionnelles, centrées sur la famille nucléaire, ne sont pas appropriées et devraient être modifiées pour inclure la famille élargie (Carter & Parker, 1991; Everett et al., 1983; Heilbron & Guttman, 2000; Topper, 1992; Willis et al., 1992). En fait, en s'appuyant sur le fait que les modes d'apprentissage privilégiés par les Amérindiens sont le modelage, l'expérimentation et le bouche à oreille, Renfrey (1992) recommande l'utilisation d'une thérapie cognitive et comportementale. Cette recommandation est d'ailleurs renforcée par le fait que c'est ce type de thérapie qui s'est avérée le plus efficace pour traiter les enfants occidentaux agressés sexuellement. Toutefois, compte tenu de la conception amérindienne de la gratitude, les principes du conditionnement opérant devraient être utilisés avec prudence.

*Le niveau d'acculturation du client et de la communauté.* Un second point à prendre en considération est le niveau d'acculturation d'un client amérindien, c'est-à-dire, son niveau de croyance aux valeurs traditionnelles de son peuple (Connors & Oates, 1997; Topper, 1992). En effet, pour un client encore très attaché à la culture traditionnelle, différents éléments de cette culture devraient être considérés en thérapie (Ashby, Gilchrist & Miramontez, 1987; Heilbron & Guttman, 2000). À cet égard, il a été suggéré de faire appel à la

4 Si peu de modèles d'intervention formels ont été développés pour les enfants amérindiens victimes d'agression sexuelles, nous recommandons toutefois au lecteur intéressé de consulter les quelques études de cas ayant déjà été publiées à ce sujet, pour une illustration plus complète du processus d'intégration culturelle qui sera présenté dans la section qui suit (Hodgson, 1990; Hyde, 1990; Lépine, 1990; McEvoy, 1990; Topper, 1992; Willis et al., 1992).

communauté en ce qui concerne le soutien moral à fournir au client et de référer, si nécessaire, aux guides spirituels amérindiens (c.-à-d., shamans, guérisseurs, etc.) comme aides thérapeutiques (Heilbron & Guttman, 2000; Kahn et al., 1988; Willis et al., 1992). De même, l'identification des alliances qui existent entre les familles et les clans de la communauté peut s'avérer fort utile, notamment pour réduire les sources de conflit que le client est susceptible de rencontrer dans sa communauté. Sur le plan communautaire, le niveau d'attachement aux valeurs traditionnelles est encore plus important puisque, dans les communautés fortement traditionnelles, l'intervenant occidental pourra avoir encore plus de difficulté à établir sa pratique. Il est donc fortement suggéré à un intervenant désireux d'établir une pratique dans l'une de ces communautés de prendre le temps de créer des contacts et des collaborations avec les guérisseurs traditionnels, les aînés et les chefs de bande (Darou, Kurtness & Hum, 2000; Hodgson, 1990; Kahn et al., 1988; McCormick, 2000). Compléter son intervention par des méthodes plus traditionnelles telles que les chants, la danse, le jeûne, les saunas traditionnels (« sweat lodges »), les tipis branlants (« shaking tipis »), les cérémonies de pipe, le recours à des médecines naturelles et l'utilisation de légendes traditionnelles et de métaphores peut alors s'avérer très utile (Heilbron & Guttman, 2000; Hodgson, 1990). De surcroît, l'importance accordée au bouche à oreille chez les peuples amérindiens fait des légendes, une méthode traditionnelle de guérison et de croissance personnelle, un outil thérapeutique puissant (Dion Buffalo, 1990; Kirmayer et al., 2000; Sue, 1990)<sup>5</sup>. La signification symbolique accordée à ces différents éléments culturels par les Amérindiens est d'ailleurs décrite comme suit par Dion Buffalo (1990, p. 121) : « Les chants ouvrent les différents canaux énergétiques du corps; les tambours recréent le rythme des battements cardiaques; et les danses reproduisent la sensation de n'être plus qu'un avec l'univers. Les légendes fonctionnent mieux lorsqu'elles sont rapides, comme une flèche ». Une autre méthode efficace pour intégrer la culture amérindienne est d'adapter le cadre théorique de la thérapie à celui du modèle holistique de guérison des Amérindiens, symbolisé par la roue de médecine (« medicine wheel ») (Kahn et al., 1988; Lowery, 1998; Willis et al.,

1992; Wyrostok & Paulson, 2000).

*L'environnement thérapeutique.* En lien direct avec le point précédent, plusieurs suggestions ont été formulées eut égard à l'environnement thérapeutique : un environnement accueillant peut grandement favoriser l'établissement d'une relation thérapeutique avec un client amérindien. Par exemple, dans le bureau de l'intervenant, la présence d'herbes médicinales traditionnellement utilisées pour la purification avant une cérémonie (sauge, tabac, cèdre, etc.) ou d'objets traditionnels (roue de médecine, plumes d'aigle, etc.), peut indiquer au client que le thérapeute est ouvert à sa culture (Heilbron & Guttman, 2000). De même, offrir de l'eau ou des friandises peut contribuer à mettre le client à l'aise puisque le partage de nourriture correspond à un témoignage de confiance pour les Amérindiens. Enfin, Malone (2000) recommande de demander à un ancien de la communauté de « bénir » le bureau du thérapeute, de façon à diminuer les craintes possibles de la communauté à l'égard des mauvais esprits.

*L'isolement du client.* L'isolement géographique de plusieurs réserves amérindiennes pourra jouer un rôle important dans une thérapie avec un client amérindien. En effet, cet isolement est susceptible d'entraîner des problèmes sérieux au niveau de la communication (plusieurs clients amérindiens n'ont pas de téléphone à la maison) et du transport (Topper, 1992; Willis et al., 1992). Pour cette raison, l'intervenant devrait planifier l'intervention en conséquence et s'assurer que le client dispose, à la maison, d'un réseau de soutien adéquat. Pour cette même raison, une thérapie ponctuelle et brève, comportant un nombre réduit de séances bihebdomadaires risque davantage de susciter l'implication du client (Topper, 1992).

*La communication.* Comme de nombreux clients amérindiens ne parlent ni le français ni l'anglais, et qu'il n'existe pas de langue amérindienne universelle, il peut parfois s'avérer utile d'avoir recours à un interprète (Everett et al., 1983). Si tel est le cas, il est essentiel de faire preuve de prudence. En effet, la communication par personne interposée est susceptible de rendre plus difficile l'établissement de la relation thérapeutique et de miner la crédibilité de l'intervenant. Une attention toute particulière devrait donc être portée à la présence d'erreurs d'interprétation (Everett et al., 1983). Ces erreurs peuvent d'ailleurs souligner un problème au niveau de l'adéquation entre l'intervention effectuée et la culture amérindienne. Enfin, compte tenu du respect accordé par les Amérindiens aux personnes plus âgées, l'interprète

5 Pour une description détaillée de l'utilisation possible des légendes amérindiennes dans un contexte thérapeutique, nous référons le lecteur au texte de Dion Buffalo (1990). Le lecteur intéressé à en savoir plus sur la puissance du langage comme outil thérapeutique et sur l'efficacité des métaphores comme moyen de communication directe avec l'hémisphère droit du client pourra consulter l'ouvrage de Watzlawick (1980) à ce sujet.

utilisé devrait toujours être plus âgé que le client. En effet, il serait inadéquat qu'une personne plus jeune entende et traduise les problèmes d'une personne plus âgée (Everett et al., 1983).

*Le contact.* Plusieurs peuples amérindiens considèrent le contact visuel comme un manque de respect ou comme une manifestation d'hostilité (Lewis & Ho, 1975; Malone, 2000). De même, les normes sociales concernant le contact physique entre les individus varient aussi entre les peuples amérindiens. Par exemple, certains peuples amérindiens considèrent la poignée de main comme un geste agressif et comme un manque de respect. Pour éviter les malentendus, il est donc préférable de prendre exemple sur le client à cet égard (Everett et al., 1983). Enfin, comme de nombreux Amérindiens préfèrent un espace personnel plus grand que les Occidentaux, il est recommandé de les laisser choisir où ils se placeront pendant les rencontres.

*La confidentialité et la famille élargie.* Une autre source de tension possible concerne la peur de la perte de confidentialité. Une réserve amérindienne est un lieu isolé et fermé dans lequel tous les habitants sont liés les uns aux autres (c.-à-d., famille, clan, etc.); cela, malgré la non-interférence, laisse peu de place à la vie privée. Ainsi, comme tous connaissent les problèmes des autres, il est possible qu'un Amérindien hésite à se confier à un thérapeute œuvrant sur la réserve (Kirmayer et al., 2000). Par ailleurs, il arrive fréquemment que le client amérindien insiste pour que des membres de la famille élargie assistent aux séances de thérapie (Topper, 1992). Si cette demande cadre mal avec une conception occidentale de la thérapie, l'intervenant doit rester conscient que, pour un Amérindien, il est aussi normal de requérir la présence d'un grand-parent ou d'une tante qu'il l'est pour un Occidental de souhaiter celle de sa mère (Connors & Oates, 1997).

*L'interférence.* Un thérapeute occidental pour qui la valeur de non-interférence amérindienne est peu familière devrait porter une attention particulière à trois expressions spécifiques d'interférence (Darou et al., 2000; Good Tracks, 1973; Heilbron & Guttman, 2000). Premièrement, lorsqu'un intervenant donne l'impression qu'il veut absolument tout savoir sur la culture amérindienne, il est possible que les clients perçoivent cette curiosité comme une intrusion dans leur vie privée et comme un manque d'empathie et de respect. L'apprentissage culturel amérindien faisant appel au bouche à oreille et à l'observation, une interrogation poussée à ce sujet pourra être mal perçue. À

l'opposé, un client amérindien pourra aussi être offensé par un thérapeute qui se dirait « expert » de la culture amérindienne. Deuxièmement, puisque les Amérindiens ont souvent l'impression que les Occidentaux interfèrent régulièrement dans leur communauté, toute intervention qui suggère des changements communautaires est susceptible d'être perçue comme de l'interférence. Par exemple, le fait que les services gouvernementaux soient généralement dirigés par des non-Amérindiens est souvent perçu par ces derniers comme un abus de pouvoir des Occidentaux. À cet égard, les Amérindiens étant souvent d'avis qu'un intervenant de leur culture serait préférable, un Occidental désireux d'être accepté aurait une fois de plus avantage à s'allier la complicité des guérisseurs traditionnels de la communauté. Troisièmement, les intervenants occidentaux sont formés selon un style d'interaction thérapeutique, caractérisé par l'écoute et l'interrogation, qui n'autorise pas la révélation de soi. Pour un client amérindien, un tel style peut cependant être perçu comme impoli et importun ou comme un indice d'incompétence (Jilek-Aall, 1976). Pour cette raison, la révélation de soi de la part du thérapeute (partager son vécu, ses opinions et ses croyances, etc.) permettra probablement d'obtenir plus d'informations et d'établir un meilleur contact avec le client qu'un style interrogatoire direct (Malone, 2000).

*La condescendance et la discrimination.* Les Amérindiens ne se sentent pas toujours à l'aise lorsqu'ils doivent interagir avec des Occidentaux plus instruits qu'eux et peuvent éprouver certaines difficultés à s'exprimer clairement. Ces sentiments s'aggravent lorsque l'intervenant semble faire preuve de condescendance à leur égard (Darou et al., 2000). En fait, plutôt que de s'exprimer directement, la condescendance se manifeste habituellement par l'adoption d'une attitude paternaliste empreinte du désir d'aider un « pauvre petit Amérindien » (Darou et al., 2000). À ce propos, les Amérindiens déplorent l'attitude condescendante des Occidentaux qui, face à leurs erreurs (p. ex., un programme mal géré par la communauté), préfèrent les encourager en disant que « c'est tout de même un bon travail et qu'ils vont s'occuper d'arranger les choses » plutôt que de leur donner un feedback objectif qui leur permettrait de s'améliorer. La peur qu'un thérapeute ait des préjugés à l'endroit des Amérindiens peut aussi influencer la relation thérapeutique. À ce sujet, comme de nombreux intervenants possèdent effectivement des préjugés à l'égard des Amérindiens, il est fréquent qu'un climat de méfiance réciproque s'établisse (Malone, 2000; Willis et al., 1992). Un intervenant occidental œuvrant

TABLEAU 1

Procédures et étapes à suivre pour la réinsertion d'un parent agresseur dans le domicile familial

- 
1. L'agresseur écrit une lettre à la victime dans laquelle il assume la pleine responsabilité de l'acte.
  2. La première visite se déroule dans le bureau du thérapeute en présence de celui-ci, des deux parents, de l'enfant et de son thérapeute. L'agression doit être adressée de front.
  3. Les visites suivantes prennent place dans des endroits publics dans lesquels l'agresseur n'est pas seul avec l'enfant. Il ne doit pas non plus le discipliner, le toucher, lui dire de secrets ou lui parler de sexualité.
  4. Des sorties familiales respectant les règles précédentes peuvent ensuite avoir lieu.
  5. L'agresseur peut ensuite visiter la maison en respectant les règles suivantes : (a) activités planifiées; (b) chacun verrouille la porte de la chambre de bain lorsqu'il doit l'utiliser; (c) l'agresseur n'est jamais seul avec l'enfant dans la chambre de bain ou dans une chambre à coucher; (d) l'agresseur est toujours complètement vêtu.
  6. Lorsque vient le moment où l'agresseur peut rester à la maison pour la nuit, les règles suivantes doivent être respectées : (a) l'agresseur est toujours complètement vêtu à l'extérieur de sa chambre à coucher; (b) l'agresseur doit rester dans sa chambre à coucher lorsque l'autre parent est couché ou l'aviser à cet effet en le réveillant.
- 

dans une communauté amérindienne a donc avantage à se questionner sérieusement et sincèrement quant à ses propres préjugés.

*Admettre son ignorance.* Comme certaines actions, parfaitement justifiées dans la culture amérindienne, peuvent paraître étranges aux yeux d'un intervenant occidental, il est important que ce dernier n'hésite pas à admettre son ignorance face aux coutumes concernées et à demander des explications (Darou et al., 2000; Heilbron & Guttman, 2000). De telles clarifications sont susceptibles de réduire considérablement la possibilité d'erreurs en cours d'intervention et de rehausser la crédibilité de l'intervenant.

*L'insertion et le traitement du parent agresseur.* Ce dernier aspect est primordial. En effet, les conceptions de la justice et les lois étant fort différentes pour les Amérindiens et les Occidentaux, il est fréquent que les procédures judiciaires à respecter en matière d'agression sexuelle ne puissent être suivies à la lettre (Connors & Oates, 1997; Willis et al., 1992). Par exemple, il est fréquent que les victimes et les familles amérindiennes refusent de déposer une plainte formelle contre l'agresseur, préférant en endurer les conséquences plutôt que de remettre l'un des leurs entre les mains de « l'envahisseur » (Hodgson, 1990). Heureusement, comme l'agression sexuelle n'est pas plus acceptée dans la communauté amérindienne que dans les autres communautés nord-américaines, d'autres options s'offrent à l'intervenant confronté à ce genre de problème. Ainsi, Connors & Oates (1997) présentent en détail un modèle de médiation communautaire permettant à la fois de préserver l'intégrité de la communauté et d'assurer une collaboration entre ses dirigeants et les instances juridiques. De même, un thérapeute confronté à la nécessité de permettre au parent agresseur de réintégrer le domicile familial, aurait avantage à s'inspirer des règles formulées par Wolfe (1990) à ce sujet. Ces règles sont

rapportées dans le Tableau 1.

#### *Thérapie de groupe.*

Compte tenu de l'importance que la communauté occupe dans la vie des Amérindiens, les thérapies de groupes peuvent s'avérer un complément fort précieux aux interventions individuelles et familiales (McEvoy, 1990; Willis et al., 1992). De ce point de vue, la technique du cercle de guérison (« healing circle ») semble particulièrement adaptée aux clients amérindiens (Connors & Oates, 1997; Heilbron & Guttman, 2000). Cette technique, qui combine les éléments d'une thérapie de groupe classique aux caractéristiques propres à la culture amérindienne, a pour objectif d'offrir du soutien au client, de lui permettre d'exprimer ses émotions et de favoriser sa « guérison » holistique, son développement personnel et la croissance de la communauté (Ashby et al., 1987). Il convient ici de préciser que, pour les Amérindiens, le cercle constitue un symbole de vie, d'énergie et d'unité. Le point central de cette technique est de permettre, dans un contexte d'honnêteté, de respect et de confidentialité, l'expression émotionnelle des participants. Un leader amérindien ayant déjà participé à un cercle de guérison est habituellement nommé responsable (ou coresponsable) du cercle et doit, en utilisant des techniques de counselling, encourager le discours et aider les participants à établir leurs objectifs personnels (Heilbron & Guttman, 2000). Cependant, comme les évaluations actuelles de ce type de programme demeurent partielles (Ashby et al., 1987; McEvoy, 1990), son utilisation n'est suggérée que comme complément à une thérapie individuelle ou familiale plus systématique (McEvoy, 1990).

#### Conclusion

Comme nous avons pu le voir dans ce texte, peu de modèles ont été proposés pour traiter les enfants

TABLEAU 2.

Un guide pratique pour l'intervention auprès d'enfants amérindiens victimes d'agression sexuelle

Préalables	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. S'assurer de la sécurité de l'enfant : besoins fondamentaux, comportements suicidaires ou autodestructeurs, sécurité et mécanismes de protection.</li> <li>2. Coordonner les efforts des différents intervenants.</li> <li>3. Effectuer une évaluation complète des problèmes manifestés par l'enfant et ses parents, de leurs besoins, de leurs forces et des caractéristiques contextuelles de l'agression.</li> </ol>	
L'intervention par modules	
<p>Le volet enfant</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Expression des émotions associées à l'agression et acceptation de celles-ci.</li> <li>2. Peurs et anxiété résultantes.</li> <li>3. Culpabilité, estime de soi, sentiment d'avoir été exploité et abandonné et impression d'avoir été trahi.</li> <li>4. Vision de la sexualité.</li> <li>5. Affirmation de soi et vulnérabilité.</li> <li>6. Ambivalence à l'égard de l'agresseur.</li> </ol>	<p>Le volet parent non agresseur</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Crédibilité de l'enfant et attributions de blâme.</li> <li>2. Ambivalence à l'égard de l'agresseur.</li> <li>3. Peur de conséquences négatives pour l'enfant et prévention d'une agression ultérieure.</li> <li>4. Gestion des comportements problématiques de l'enfant.</li> <li>5. Soutien émotionnel fourni à l'enfant.</li> <li>6. Histoire antérieure d'agression chez le parent.</li> </ol>
Les éléments culturels à considérer	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Traditionnellement, les Premières Nations sont des sociétés matriarcales qui accordent aux femmes la liberté de choix sexuel.</li> <li>2. L'histoire des contacts entre les Premières Nations et les Occidentaux, caractérisée par un dénigrement des peuples amérindiens, a pour effet de les rendre initialement méfiants face aux Occidentaux.</li> <li>3. L'éducation traditionnelle des enfants amérindiens est caractérisée par l'observation, la liberté de choix, le bouche-à-oreille et l'expérimentation.</li> <li>4. Plusieurs problèmes sociaux, présents dans les communautés autochtones, sont susceptibles d'augmenter la prévalence de l'agression sexuelle : alcoolisme, pauvreté, isolement social, etc.</li> <li>5. Le sens de soi des Amérindiens est lié au bien-être de la communauté et de la famille élargie.</li> <li>6. Certains aspects liés à la culture traditionnelle des Premières Nations sont susceptibles de maintenir élevé le taux d'agression sexuelle observé: (a) la loyauté envers la communauté; (b) la non-interférence; (c) la spiritualité (influence des mauvais esprits); (d) le respect des anciens.</li> <li>7. Certaines caractéristiques du savoir-être Amérindien sont susceptibles d'être mal interprétées par les Occidentaux: (a) la non-compétitivité (manque d'initiative); (b) la retenue émotionnelle (passivité); (c) la conception du temps (paresse et résistance); (d) la non-expression de la gratitude.</li> </ol>	
Adapter le style d'intervention à la culture	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recourir à une thérapie cognitive et comportementale centrée sur l'expérimentation et le modelage. Limiter l'usage du renforcement contingent.</li> <li>2. Évaluer le niveau d'acculturation du client et de la communauté. Si celui-ci est faible : faire appel à la communauté, collaborer avec les guérisseurs traditionnels, les aînés, les chefs de bande et les autres ressources propres à chacune des sous-cultures, compléter l'intervention par des méthodes plus traditionnelles, redéfinir notre cadre théorique en fonction du modèle holistique de la « roue de médecine » et utiliser les légendes et métaphores autochtones.</li> <li>3. Adapter l'environnement thérapeutique en faisant bénir le bureau par un ancien et en y ajoutant des herbes et objets traditionnels.</li> <li>4. Tenir compte de l'isolement des clients et ajuster le cadre thérapeutique en conséquence.</li> <li>5. Lorsque nécessaire, faire appel à un traducteur fiable et plus âgé que le client.</li> <li>6. Prendre exemple sur le client en ce qui concerne le contact physique (p. ex., poignées de main et contact visuel).</li> <li>7. Porter une attention particulière au respect de la confidentialité.</li> <li>8. Accéder aux demandes raisonnables du client en ce qui concerne la participation des membres de sa famille élargie à la thérapie.</li> <li>9. Porter une attention particulière à trois formes d'interférence : (a) ne pas interroger trop intensément le client sur sa culture ou ne pas s'afficher comme « expert » de celle-ci; (b) ne pas remettre en question le fonctionnement actuel de la communauté sans avoir préalablement établi une collaboration locale; (c) éviter l'interrogation directe et favoriser la révélation de soi.</li> <li>10. Ne pas adopter d'attitude « paternaliste » et remettre en question honnêtement et candidement ses propres préjugés.</li> <li>11. Admettre son ignorance.</li> <li>12. Porter une attention toute particulière à la ré-insertion du parent agresseur dans la famille.</li> </ol>	

amérindiens victimes d'agressions sexuelles. En effet, les modèles proposés demeurent anecdotiques et n'ont presque jamais fait l'objet d'évaluation systématique. De même, les recommandations proposées concernent surtout l'intégration des valeurs amérindiennes à l'intérieur d'un processus plus ou moins bien défini. Le manque d'évaluations empiriques des modèles proposés contribue aussi à limiter leur utilité réelle. Pour cette raison, nous proposons qu'un modèle compréhensif et exhaustif du traitement des enfants amérindiens victimes d'agressions sexuelles s'appuie sur des techniques thérapeutiques dont l'efficacité a pu être démontrée auprès de la population générale, tout en y intégrant les éléments culturels propres aux peuples des Premières Nations. L'essentiel de notre propos est repris au Tableau 2. Bien entendu, avant de généraliser un tel modèle thérapeutique, d'autres évaluations empiriques sont nécessaires. De même, la possibilité de le généraliser aux différents peuples amérindiens devrait être évaluée.

Ce texte serait incomplet si l'importance de s'attarder davantage à la prévention des agressions sexuelles chez les Amérindiens n'était pas soulignée. Comme nous avons pu le constater, plusieurs éléments historiques, sociaux (alcoolisme, pauvreté, isolement) et culturels (valeurs et traditions) semblent contribuer à maintenir les communautés amérindiennes dans un cercle vicieux duquel elles auront de la difficulté à s'extirper. En revanche, il est aussi clair que certaines des valeurs traditionnelles des peuples des Premières Nations constituent des leviers de changement importants sur lesquels il serait nécessaire de tabler. Sans nier l'importance de travailler au traitement des nombreux enfants amérindiens victimes d'agression sexuelle, il apparaît clair que le climat (ou atmosphère) qui règne actuellement dans plusieurs communautés amérindiennes est intimement lié à la multitude de problèmes qui y sont observés. Conformément à une vague récente de retour aux traditions observée dans certaines communautés amérindiennes, nous estimons qu'une intervention communautaire préventive aurait avantage à s'appuyer sur les leviers de changement déjà en place dans ces communautés, et à s'inspirer des recommandations formulées dans ce texte pour rendre cette intervention la plus appropriée possible à la culture amérindienne.

Les auteurs de ce texte tiennent à remercier Isabelle Daigneault, Serge Larivée, Jocelyn Morin, Julien Morizot, Lize Jalbert, Andrée Duval, Catherine Coley et un évaluateur anonyme pour leurs précieux commentaires sur différentes versions de ce manuscrit, Jean Phaneuf pour les

suggestions et le temps accordé, Isabelle Madore et Michel Janosz pour leurs encouragements et l'ensemble des peuples des Premières Nations pour avoir laissé certains occidentaux apprendre à mieux les connaître et nous transmettre cet apprentissage.

Adresse de correspondance : Alexandre Morin, Département de psychologie, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada J1K 2R1 (courriel : alexandre.morin@usherbrooke.ca).

---

### Abstract

A significant proportion of First Nations children will be sexually molested throughout their childhood. This statistic and the gravity of the consequences associated with sexual molestation underscore the necessity of developing culturally sensitive intervention plans for these children. However, since few scientists have addressed this issue, clinicians are often on their own when facing cases of sexual molestation in First Nation populations. In this article, we first present theories and intervention plans developed to address sexual molestation in the general North American population. Next, we provide a detailed description of the prevalence, consequences, and possible cultural explanations of sexual molestation in First Nations populations. Finally, we make relevant suggestions on how to complement effective North American interventions to improve their cultural sensitivity.

---

### Références

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington, DC : Author.
- Armstrong, H., & Patterson, P. (1975). Seizures in Canadian Indian children: Individual family and community approaches. *Canadian Journal of Psychiatry, 20*, 247-255.
- Ashby, M. R., Gilchrist, L. D., & Miramontez, A. (1987). Group treatment for sexually abused American Indian adolescents. *Social Work with Groups, 10*, 21-32.
- Assiniwi, B. (1973). *Histoire des Indiens du Haut et du Bas Canada, Tome 1: Mœurs et coutumes des Algonquins et des Iroquois*. Ottawa, ON : Lemeac.
- Barker-Collo, S.L. (1999). Reported symptomatology of Native Canadian and Caucasian females sexually abused in childhood: A comparison. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 747-760.
- Berliner, L. (1997). Trauma-specific therapy for sexually abused children. Dans D. A. Wolfe, R. J. McMahon, & R. D. Peters (Éds.), *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan* (p. 157-176). Thousand Oaks, CA : Sage.

- Brant, C. (1993). Communication patterns in Indians: Verbal and non-verbal. *Annals of Sex Research*, 6, 259-269.
- Brant, C. (1990). Native ethics and rules of behavior. Special Issue: Child psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 534-539.
- Browne, A., & Finkelhor, D. (1986). Impact of child sexual abuse: A review of the research. *Psychological Bulletin*, 99, 66-77.
- Carlson, E. J. (1973). *Counseling in the native context*. Unpublished manuscript.
- Carter, I., & Parker, L. J. (1991). Intrafamilial sexual abuse in American Indian families. Dans M. Q. Patton (Éd.), *Family sexual abuse: Frontline research and evaluation*. (p. 106-117), Newbury Park, CA : Sage.
- Celano, M., Hazzard, A., Webb, C., & McCall, C. (1996). Treatment of traumagenic beliefs among sexually abused girls and their mothers: An evaluation study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 1-17.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1993). A treatment model for sexually abused preschoolers. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 115-131.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42-50.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1997). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Outcome during a one-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1228-1235.
- Connors, E. A., & Oates Jr., M. L. B. (1997). The emergence of sexual abuse treatment models within First Nations communities. Dans D. A. Wolfe, R. J. McMahon, & R. D. Peters (Éds.), *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan* (p. 223-247). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Coulson, K. W., Wallis, S., & Clark, H. (1994). The diversified team approach in the treatment of incest families. *Psychotherapy in Private Practice*, 13, 19-43.
- Darou, W. G., Kurtness, J., & Hum, A. (2000). The impact of conducting research with a First Nation. *Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counselling*, 34(1), 43-54.
- Dawson, R. (1984). Therapeutic interventions with sexually abused children. *Journal of Child Care*, 1, 29-35.
- Delson, N., & Clark, M. (1981). Group therapy with sexually molested children. *Child Welfare*, 60, 175-182.
- Dion Buffalo, Y. R. (1990). Seeds of thought, arrow of change: Native storytelling as metaphors. Dans T. A. Laidlaw, C. Malmö, & Associates (Éds.), *Healing voices: Feminist approaches to therapy with women* (p. 118-142). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Embree, B. G., & De Wit, M. L. (1997). Family backgrounds characteristics and relationship satisfaction in a native community in Canada. *Social Biology*, 44(1-2), 42-54.
- Everett, F., Proctor, N., & Cartmell, B. (1983). Providing psychological services to American Indian children and families. *Professional Psychology: Research and Practice*, 14, 588-603.
- Farrel, S. P., Hains, A. A., & Davies, W. H. (1998). Cognitive behavioral interventions for sexually abused children exhibiting PTSD symptomatology. *Behavior Therapy*, 29, 241-255.
- Finkelhor, D. (1990). Early and long-term impact of child sexual abuse: An update. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21(5), 325-330.
- Finkelhor, D., & Berliner, L. (1995). Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1408-1423.
- Finkelhor, D., & Browne, A. (1985). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530-541.
- Friedrich, W. N., Luecke, W. J., Beilke, R. L., & Place, V. (1992). Psychotherapy outcomes of sexually abused boys: An agency study. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 396-409.
- Giaretto, H. (1982). A comprehensive child sexual abuse treatment program. *Child Abuse and Neglect*, 6, 263-278.
- Good Tracks, J. (1973). Native American non-interference. *Social Work*, 18, 30-34.
- Gutierrez, S. E., Russo, N. F., & Urbanski, L. (1994). Sociocultural and psychological factors in American Indian drug use: Implications for treatment. *The International Journal of the Addictions*, 29(14), 1761-1786.
- Gutierrez, S. E., & Todd, M. (1997). The impact of childhood abuse on treatment outcomes of substance users. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(4), 348-354.
- Harvey, M. R. (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3-23.
- Heilbron, C. L., & Guttman, M. A. J. (2000). Traditional healing method with First Nations women in-group counselling. *Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counselling*, 34(1), 3-13.
- Herbert, E., & McCannel, K. (1997). Talking back: Six First Nations women's stories of recovery from childhood sexual abuse and addictions. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 16(2), 51-68.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York : Basic Books.
- Hodgson, M. (1990). Shattering the silence: Working with violence in Native communities. Dans T. A. Laidlaw, C. Malmö, & Associates (Éds.), *Healing voices: Feminist*

- approaches to therapy with women* (p. 33-44). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Hogan, E. P., & Barlow, C. A. (2000). Delivering counsellor training to First Nations: Emerging issues. *Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counselling*, 34(1), 55-67.
- Hyde, N. D. (1990). Voices from the silence: Use of imagery with incest survivors. Dans T. A. Laidlaw, C. Malmo, & associates (Éds.), *Healing voices: Feminist approaches to therapy with women* (p. 163-193). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Irwin, M. H., & Roll, S. (1995). The psychological impact of sexual abuse of Native American boarding-school children. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 23(3), 461-473.
- Jilek-Aall, L. (1976). The western psychiatrist and his northwestern clientele. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 21, 353-359.
- Jones, D. P. H. (1986). Individual psychotherapy for the sexually abused child. *Child Abuse and Neglect*, 10, 377-385.
- Kahn, M. W., Lejero, L., Antone, M., Francisco, D., & Manuel, J. (1988). An indigenous community mental health service on the Tohono O'odham (Papago) Indian reservation: Seventeen years later. *American Journal of Community Psychology*, 16(3), 369-379.
- Kelso, D., & Atneave, C. (1981). *Bibliography of North American Indian mental health*. Westport, CT : Greenwood.
- Kendall-Tackett, K. A., Williams, L. M., & Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113, 164-180.
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., & Tait, C. L. (2000). The mental health of aboriginal people: Transformations of identity and community. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 607-616.
- Kunitz, S. J., Gabriel, K. R., Levy, J. E., Henderson, E., Lampert, K., McCloskey, J., et al. (1999). Risk factors for conduct disorder among Navajo Indian men and women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 180-189.
- Kunitz, S. J., Levy, J. E., McCloskey, J., & Gabriel, K. R. (1998). Alcohol dependence and domestic violence as sequelae of abuse and conduct disorder in childhood. *Child Abuse and Neglect*, 22(11), 1079-1091.
- LaDue, R. A. (1994). Coyote Returns: Twenty sweats does not an Indian expert make. *Women & Therapy*, 15, 93-111.
- LaFromboise, T. D., Trimble, J. E., & Mohatt, G. V. (1990). Counseling intervention and American Indian tradition: An integrative approach. *Counseling Psychologist*, 18, 628-654.
- LaFromboise, T. D., Trimble, J. E., Mohatt, G. V., & Thomason, T. C. (1993). The American Indian client. Dans D. R. Atkinson, G. Morten, & D. W. Sue (Éds.), *Counseling American minorities: A cross-cultural perspective*, 4th ed. (p. 119-191). Madison, WI : Brown & Benchmark/Wm. C. Brown.
- Lebowitz, L., Harvey, M. R., & Herman, J. L. (1993). A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 378-391.
- Leifer, M., Shapiro, J. P., & Kassem, L. (1993). The impact of maternal history and behavior upon foster placement and adjustment in sexually abused girls. *Child Abuse and Neglect*, 17, 755-766.
- Lépine, D. (1990). Ending the cycle of violence: Overcoming guilt in incest survivors. Dans T. A. Laidlaw, C. Malmo, & associates (Éds.), *Healing voices: Feminist approaches to therapy with women* (p. 272-287). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Levitt, C. J., Owen, G., & Truchness, J. (1991). Families after sexual abuse: What helps? What is needed? Dans M. Q. Patton (Éd.), *Family sexual abuse: Frontline research and evaluation* (p. 39-56). Newbury Park, CA : Sage.
- Lewis, R. C., & Ho, M. K. (1975). Social work with Native Americans. *Social Work*, 20, 379-382.
- Lodico, M. A., Gruber, E., & DiClemente, R. J. (1996). Childhood sexual abuse and coercive sex among school-based adolescents in a Midwestern state. *Journal of Adolescent Health*, 18, 211-217.
- Long, K. A. (1986). Cultural considerations in the assessment and treatment of intrafamilial abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 131-136.
- Lowery, C. T. (1998). American Indian perspectives on addiction and recovery. *Health & Social Work*, 23(2), 127-135.
- Lundy, R. (1987). *Family violence: a Native perspective*. Proceedings of the 1987 Meeting of the Canadian Psychiatric Association Section on Native Mental Health.
- Malone, J. L. (2000). Working with aboriginal women: Applying feminist therapy in a multicultural counselling context. *Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counselling*, 34(1), 33-42.
- McCarthy, B. W. (1986). A cognitive-behavioral approach to understanding and treating sexual trauma. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 12, 322-329.
- McCormick, R. M. (2000). Aboriginal traditions in the treatment of substance abuse. *Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counselling*, 34(1), 25-32.
- McEvoy, M. (1990). Repairing personal boundaries: Group therapy with survivors of sexual abuse. Dans T. A. Laidlaw, C. Malmo, & associates (Éds.), *Healing voices: Feminist approaches to therapy with women* (p. 62-79). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- McEvoy, M., & Daniluck, J. (1995). Wounds to the soul:

- The experiences of aboriginal women survivors of sexual abuse. *Canadian Psychology*, 36, 221-235.
- Morrisette, P. J., & Nanden, M. (1998). An interactional view of traumatic stress among First Nation counselors. *Journal of Family Psychotherapy*, 9, 43-60.
- Nechi Institute, The Four World Development Project, The Native Training Institute, & New Direction Training – Alkali Lake (1988). *Healing is possible: A joint statement on the healing of sexual abuse in native communities*. Edmonton, AB : Nechi Institute.
- Pharris, M. D., Resnick, M. D., & Blum, R. W. (1997). Protecting against hopelessness and suicidality in sexually abused American Indian adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 21, 400-406.
- Renfrew, G. S. (1992). Cognitive-behavior therapy and the Native American client. *Behavior Therapy*, 23, 321-340.
- Robin, R. W., Chester, B., Rasmussen, J. K., Jaranson, J. M., & Goldman, D. (1997a). Prevalence, characteristics, and impact of childhood sexual abuse in a southwestern American Indian tribe. *Child Abuse and Neglect*, 21, 769-787.
- Robin, R. W., Chester, B., Rasmussen, J. K., Jaranson, J. M., & Goldman, D. (1997b). Factors influencing utilization of mental health and substance abuse services by American Indian men and women. *Psychiatric Services*, 48(6), 826-832.
- Robin, R. W., Rasmussen, J. K., & Gonzalez-Santin, E. (1999). Impact of childhood out-of-home placement on a Southwestern American Indian tribe. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 2(1/2), 69-89.
- Roosa, M. W., Reinholtz, C., & Angelini, P. J. (1999). The relation of child sexual abuse and depression in young women: Comparisons across four ethnic groups. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27(1), 65-76.
- Savinshinsky, J. S. (1991). The ambiguities of alcohol: Deviance, drinking and meaning in a Native Canadian community. *Anthropologica*, 33, 81-98.
- Sheinberg, M., True, F. & Fraenkel, P. (1994). Treating the sexually abused child: A recursive, multimodal program. *Family Process*, 33, 263-276.
- Solomon, G., Heisberger, J., & Winer, J. L. (1981). Confidentiality issues in rural community mental health. *Journal of Rural Community Psychology*, 2, 17-31.
- Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin*, 116, 340-362.
- Sue, D. W. (1990). Culture-specific strategies in counseling: A conceptual framework. *Professional Psychology: Research & Practice*, 21, 424-433.
- Topper, M. D. (1992). Multidimensional therapy: A case study of a Navajo adolescent with multiple problems. Dans L. A. Vargas & J. D. Koss-Chioino (Éds.), *Working with culture: Psychotherapeutic interventions with ethnic minority children and adolescents* (p. 225-245). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Tourigny, M. (1997). Efficacité des interventions pour enfants abusés sexuellement : Une recension des écrits. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 26, 39-69.
- Trimble, J. E. (1992). A cognitive-behavioral approach to drug abuse prevention and intervention with American Indian youth. Dans L. A. Vargas & J. D. Koss-Chioino (Éds.), *Working with culture: Psychotherapeutic interventions with ethnic minority children and adolescents* (p. 246-275). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Watzlawick, P. (1980). *Le langage du changement : éléments de communication thérapeutique*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P. (1988). *L'invention de la réalité : comment savons-nous ce que nous croyons savoir? Contributions au constructivisme*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fish, R. (1975). *Changements : paradoxes et psychothérapies*. Paris : Seuil.
- Wax, R., & Thomas, R. (1961). American Indians and white people. *Phylon*, 22, 305-317.
- Weaver, H. N., & Brave Heart, M. Y. H. (1999). Examining two facets of American Indian identity: Exposure to other cultures and the influence of historical trauma. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 2(1/2), 19-33.
- Willis, D. J., Dobrec, A., & Bigfoot Sipes, D.S. (1992). Treating American Indian victims of abuse and neglect. Dans L. A. Vargas & J. D. Koss-Chioino (Éds.), *Working with culture: Psychotherapeutic interventions with ethnic minority children and adolescents* (p. 246-275). San Francisco, CA : Jossey-Bass.
- Wolfe, V. V. (1990). Sexual abuse of children. Dans A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Éds.), *International Handbook of Behavior Modification and Therapy, 2nd edition* (p. 707-729). New York : Plenum.
- Wolfe, V. V. (1999). *Child abuse, 2nd edition*. Developmental and Clinical Psychology Series (vol. 10). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Woodworth, D. L. (1991). Evaluation of a multiple-family incest treatment program. Dans M. Q. Patton (Éd.), *Family sexual abuse: Frontline research and evaluation*. (p. 121-134). Newbury Park, CA : Sage.
- Wyrostok, N. C., & Paulson, B. L. (2000). Traditional healing practices among First Nations students. *Canadian Journal of Counselling / Revue canadienne de counselling*, 34(1), 14-24.