

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR

ANNIE PERREAULT

L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES RÉFUGIÉES :

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET RAISONS DE VIVRE

NOVEMBRE 2000

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

La problématique de l'État de Stress Post-Traumatique (ÉSPT) a suscité un intérêt grandissant pour les recherches en psychologie depuis la reconnaissance officielle de l'existence de ce syndrome distinct, remarquable notamment chez les populations de réfugiés que des guerres civiles et des conflits ethniques ont poussé à des migrations de masse. Plusieurs variables ont été étudiées concernant l'ÉSPT et l'adaptation post-migratoire de ces populations de réfugiés. L'objectif de la présente recherche consiste à étudier plus particulièrement les « raisons de vivre » de femmes réfugiées éprouvant un ÉSPT, dans le but d'en arriver à une meilleure compréhension des caractéristiques adaptatives comme l'ont recommandé dans leurs travaux Frankl (1959, 1988) et Linehan (1985). Nous avons premièrement supposé que l'affiliation familiale pourrait être considérée comme un médiateur possible à la détresse psychologique; deuxièmement, que chaque femme réfugiée souffrant d'ÉSPT de notre échantillon aurait un portrait symptomatologique différent; et troisièmement, qu'une interaction serait observable entre le degré de détresse psychologique et les raisons de vivre. Nous avons donc obtenu la participation de dix femmes réfugiées provenant de pays et de cultures différentes. L'Échelle de Traumatisme de Davidson (Davidson et al. 1997) et l'Inventaire des Raisons de Vivre (Linehan et al. 1983) ont été administrés pour obtenir les mesures des indices qui nous intéressaient; des entrevues semi-structurées nous fournissaient par ailleurs d'autres données cliniques importantes. Les résultats de cette enquête nous montrent que nous ne pouvons

retenir l'hypothèse de l'affiliation familiale comme facteur pouvant atténuer la gravité d'un ÉSPT, car les variables des statuts conjugaux et familiaux étaient trop diversifiées pour la petitesse de notre échantillon. Les entrevues semi-structurées ont pu permettre d'établir les caractères uniques du portrait clinique particulier de chaque participante et d'en dégager les points symptomatologiques communs. Finalement, aucune interaction n'a pu être identifiée entre le degré de détresse post-traumatique et les raisons de vivre des participantes. Nous croyons cependant que le présent travail pourra susciter l'intérêt des chercheurs pour l'étude de variables telles que la situation pré-migratoire, le contexte d'exil, les traumatismes vécus ou l'adaptation migratoire en relation avec les raisons de vivre; et cela non seulement pour les fins de recherches futures, mais aussi pour la mise au point de nouvelles pistes d'intervention auprès de réfugiés souffrant d'ÉSPT.

Table des Matières

Sommaire	ii
Liste des tableaux	vii
Remerciements	viii
 INTRODUCTION	 1
 CHAPITRE 1 : CONTEXTE THÉORIQUE	 6
ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	7
Historique de l'État de Stress Post-Traumatique	9
Nature d'un événement traumatique et conséquences	12
L'État de Stress Post-Traumatique chez les réfugiés	17
Immigration et adaptation	26
RAISONS DE VIVRE	31
Une mesure possible du potentiel d'adaptation	33
L'affiliation familiale : sous-échelles RF et CE	39
La personnalité : sous-échelle SA	40
La spiritualité : sous-échelle OM	41
HYPOTHÈSES	43
 CHAPITRE 2 : MÉTHODE	 46
PARTICIPANTES	47
INSTRUMENTS DE MESURE	48

L'Échelle de Traumatisme de Davidson	49
L'Inventaires des Raisons de Vivre	52
DÉROULEMENT DE L'EXPÉRIMENTATION	53
CHAPITRE 3 : RÉSULTATS	56
ANALYSE DES DONNÉES	57
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	60
Analyse des observations cliniques	61
Portrait A	61
Portrait B	64
Portrait C	67
Portrait D	69
Portrait E	71
Portrait F	73
Portrait G	76
Portrait H	78
Portrait I	80
Portrait J	82
Survol des portraits des participantes	84
Analyses corrélationnelles des scores et sous-scores à l'ÉTD et à l'IRV	88

CHAPITRE 4 : DISCUSSION	91
Discussion des résultats	92
L'affiliation familiale et la détresse psychologique	93
Le caractère unique des portraits cliniques	95
L'État de Stress Post-Traumatique et les Raisons de Vivre	97
Orientations et conséquences de l'étude	99
Forces et faiblesses de l'étude	100
CONCLUSION	102
RÉFÉRENCES	106
APPENDICES	113
Appendice A : Critères diagnostiques du Trouble État de Stress Post-Traumatique	114
Appendice B : Instruments de mesure	115
Appendice C : Portraits de chaque participante	127

Liste des tableaux

Tableau	Titre	
1	Descriptions des acronymes utilisés pour les sous-scores à l'Échelle de Traumatisme de Davidson	59
2	Descriptions des acronymes utilisés pour les sous-échelles de l'Inventaire des Raisons de Vivre	59
3	Scores des participantes à l'ÉTD et à l'IRV	85
4	Coefficients de Spearman obtenus pour les sous-échelles de l'IRV et l'ÉTD	90
5	Coefficients de Spearman obtenus pour les sous-scores à l'ÉTD et l'IRV	90

Remerciements

L'auteure tient à remercier en premier lieu son directeur de mémoire, Monsieur Emmanuel Habimana, pour sa confiance, sa disponibilité et ses encouragements tout au long de la réalisation de ce projet. Ensuite, des remerciements sont adressés à Madame Celia Lillo, psychologue, pour avoir contribué à cette étude et avoir partagé son expertise auprès des réfugiés. L'auteure tient également à remercier Monsieur Marc Provost pour son appui au développement des statistiques de cette recherche, et Monsieur Roger Ward pour son intérêt en tant que directeur de mémoire dans un premier projet de recherche. Un remerciement particulier est adressé à Madame Julie Cardin Beauchemin qui a su offrir un support et une écoute précieuse pendant la recherche. Finalement, une reconnaissance spéciale est adressée aux femmes réfugiées qui ont courageusement participé à cette étude et qui ont ainsi permis, en témoignant de leur histoire, que soit entrouverte cette petite fenêtre sur une réalité si dramatique et encore trop souvent occultée.

Introduction

À travers notre expérience de travail auprès de réfugiés ayant vécu des événements traumatiques tels que la torture, le viol, la séquestration ou encore l'emprisonnement, une question se posait à nous avec insistance : comment ceux qui sont affligés de troubles post-traumatiques en gèrent-ils les conséquences et quelles en sont les répercussions sur leur psychisme? Les réactions psychologiques suite à un traumatisme peuvent s'avérer parfois difficiles à déceler, mais le plus souvent elles existent, elles sont vives et elles présentent des aspects très variés, surtout chez une population à risque telle que les réfugiés.

La souffrance psychologique peut être envahissante et influencer grandement le fonctionnement en société et l'adaptation à un nouveau mode de vie. Ayant vu leur vie en danger, leur intégrité physique et psychologique menacée, après avoir vécu la souffrance, la torture, l'emprisonnement, comment des réfugiés en arrivent-ils à assurer leur survie au plan psychologique? Quel sens peuvent-ils donner à leur existence, en se retrouvant soudain exilés très loin de leurs origines, de leurs proches, de tout ce qui leur était connu auparavant, et alors que la peur et l'impuissance sont devenues des parties intégrantes d'eux-mêmes et les habitent jour après jour?

Les couvertures médiatiques accordées aux différents conflits dans l'ex-Yougoslavie, en Somalie, en Éthiopie, au Libéria, aux génocides du Rwanda et du

Cambodge, et bien évidemment les nombreux films et documentaires sur les camps de concentration de la deuxième Guerre mondiale, pour ne nommer que ces quelques terribles événements, nous ont apporté leur lot de visions d'horreur. Mais jusqu'à présent, on ne nous a guère informés de l'ampleur en tant que telle de la détresse psychologique des victimes, et surtout on ne nous a guère éclairés sur les différentes façons adoptées par les survivants pour tenter de retourner ensuite à une vie plus normale. Plusieurs réfugiés ont vécu un véritable cauchemar et ce terrifiant passé, qui peut les hanter pendant des années, ne saurait manquer d'affecter leurs pensées et leurs différents comportements jusqu'à les plonger parfois dans ce qui est, en termes de psychologie clinique, un état de stress post-traumatique (ÉSPT).

Depuis la reconnaissance officielle de l'existence d'un syndrome post-traumatique observable chez les victimes de divers événements tragiques, les études concernant l'ÉSPT se sont multipliées. Le phénomène relativement récent de l'arrivée massive de réfugiés suite à des tragédies civiles et ethniques a conduit des chercheurs en psychologie à effectuer leurs études dans un contexte inter-culturel. Plusieurs se sont penchés sur les difficultés d'adaptation des réfugiés et des immigrants, en tenant compte de la symptomatologie présentée par ces populations. Dans une imposante revue de la littérature ayant porté sur l'épidémiologie de l'ÉSPT, De Girolamo et McFarlane (1996) ont relevé de nombreuses recherches ayant mis en lumière, avec des indices de prévalence et de morbidité, les différentes conséquences d'événements traumatiques (guerre, viol, catastrophe naturelle, attentat ou autres) sur les gens qui en sont témoins ou

victimes selon la nature ou la spécificité de ces événements, ou encore l'impact d'un événement traumatisant sur une population circonscrite selon l'âge, le sexe, le statut, le milieu ethnique, ou l'occupation lors de l'événement.

L'idée principale de la présente recherche est de tenter de cerner la détresse psychologique de femmes réfugiées et ce, peu importe leur âge, leur statut social, l'événement traumatique vécu ou leur origine ethnique. Nous voulons identifier les *raisons de vivre* auxquelles ces femmes réfugiées éprouvant un ÉSPT peuvent s'accrocher pour essayer de se refaire une vie normale lorsqu'elles s'établissent au Canada (et plus particulièrement au Québec), malgré les nombreuses pertes conséquentes au traumatisme vécu et l'état psychologique qui s'ensuit. Au travers de ces « raisons de vivre » entendues au sens que lui a donné Frankl (1959, 1988), et en considérant l'intensité de leur souffrance et de leur détresse, ainsi que la symptomatologie présente, nous voulons également relever les différences adaptatives personnelles et contribuer ainsi à une meilleure compréhension du phénomène de l'ÉSPT chez les femmes réfugiées.

Le premier chapitre de cette recherche fait un survol de la problématique de l'ÉSPT. Nous y discutons des événements traumatiques et de leurs conséquences, nous y traitons ensuite plus spécifiquement de l'ÉSPT chez les réfugiés en mettant l'accent sur le phénomène de l'immigration et de l'adaptation post-migratoire. Nous y voyons aussi le développement de la théorie existentialiste de Frankl relativement à une mesure

possible du potentiel d'adaptation suite à un traumatisme et, finalement, nous y formulons et décrivons nos hypothèses de recherche.

Le second chapitre expose essentiellement la méthodologie utilisée lors de la cueillette de nos informations. Dans ce chapitre, nous définissons les critères qui ont servi au recrutement de nos participantes, nous décrivons les instruments de mesure que nous avons retenus et utilisés dans le cadre de cette enquête, et nous décrivons les procédures et les précautions que nous avons suivies lors de nos rencontres avec nos sujets.

Le troisième chapitre consiste en une description des résultats obtenus. Nous y présentons des portraits cliniques de chaque participante ainsi que les données et analyses statistiques qui s'y rapportent et que nous avons obtenues par le biais de nos instruments de mesure.

Le dernier chapitre contient la discussion de nos différents résultats. Ce chapitre est suivi d'une conclusion à l'intérieur de laquelle, après avoir brièvement récapitulé nos attentes et les objectifs que nous nous étions fixés au départ, nous revenons sur quelques-uns de nos résultats et nous indiquons comment nous avons pu contribuer à une meilleure compréhension de la problématique fort complexe de l'ÉSPT chez des femmes réfugiées.

Contexte théorique

État de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique (ÉSPT) est reconnu comme étant un trouble anxieux qui survient chez une personne suite à un événement traumatique. Le DSM-IV (American Psychiatric Association (APA), 1994) décrit les caractéristiques et les spécifications de ce trouble en recourant à plusieurs critères diagnostiques qui ont été élaborés au fil des années et qui ont été confirmés par des recherches cliniques et épidémiologiques. Markesteyn (1992) a résumé la symptomatologie post-traumatique de la façon suivante : 1) un état de surexcitation constante; 2) un état de torpeur, et 3) des pensées obsédantes au sujet du facteur de stress. Le DSM-IV regroupe essentiellement la symptomatologie post-traumatique en trois catégories de symptômes: 1) la reviviscence du traumatisme (critère B); 2) les manifestations d'évitement à des stimuli associés au traumatisme ou un émoussement de la réactivité générale (critère C); et 3) les symptômes d'activation neurovégétative (critère D).

Selon le DSM-IV, la reviviscence des traumatismes peut se manifester par des symptômes tels que des cauchemars, des souvenirs répétitifs ou encore des impressions « comme si » le traumatisme se reproduisait. L'évitement des stimuli associés au traumatisme se manifeste par des efforts à éloigner les aspects qui peuvent provoquer la reviviscence des traumatismes comme l'action d'éviter des endroits, des discussions, des

pensées ou des sentiments associés au traumatisme; l'évitement se manifeste aussi par un état affectif qui recouvre des indices dépressifs tels qu'une réduction nette de l'intérêt, un sentiment de détachement par rapport à autrui ou encore une restriction des affects. Finalement, les symptômes d'activation neurovégétative renvoient à des manifestations anxieuses telles que les troubles du sommeil et de la concentration, l'irritabilité, l'hypervigilance ou encore des réactions de sursauts.

Tous ces types de manifestations font suite à un événement traumatique face auquel la réaction de la personne témoin ou victime de cet événement traumatisant était empreinte de peur intense, de sentiment d'impuissance et d'horreur (critère A). En plus de ces critères pour établir la présence d'un ÉSPT chez un sujet, la perturbation doit durer plus d'un mois (critère E) et entraîner une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement dans une sphère de la vie (critère F).

La reviviscence des traumatismes est un phénomène particulièrement éprouvant pour les survivants, car les souvenirs envahissants de l'événement traumatique amènent en quelque sorte la personne affectée à vivre à nouveau et presque sans trêve des représentations de l'épisode traumatisant, ce qui peut créer diverses formes de détresse ou types de manifestations psychologiques très particulières. Kirmayer (1996) a expliqué que les survivants souffrent parce que la terreur a été inscrite de façon indélébile dans leur esprit et qu'elle se répète sans cesse et implacablement, au point de déranger le cours normal de la pensée et de créer progressivement de l'anxiété, de la

démoralisation et de la dépression. Selon cet auteur, la symptomatologie de l'ÉSPT serait un chevauchement de troubles affectifs, somatoformes, dissociatifs et anxieux; en somme, une sorte de mélange de différentes formes de détresse.

Historique de l'état de stress post-traumatique

Wilson (1995) a élaboré théoriquement les fondements de l'ÉSPT bien avant sa reconnaissance en tant que syndrome psychopathologique comme tel. Il a même avancé que les véritables racines de la théorie portant sur ce trouble pouvaient être trouvées parmi les écrits de Freud et plus particulièrement dans sa théorie de la névrose. À son époque, Freud avait avancé le fait que la présence de traumatismes pendant le développement de l'enfant pouvait engendrer une profonde détresse chez la personne devenue adulte. Au fil de ses recherches, Freud en était arrivé à suggérer la possibilité de manifestations post-traumatiques surtout présentes dans les rêves. Plus tard, le fondateur de la psychanalyse avait été appelé à se pencher sur certaines manifestations psychologiques des combattants de la première Guerre mondiale et avait pu ainsi décrire le syndrome d'un point de vue psychologique, comparativement au corps médical qui conservait alors une explication totalement neurologique des manifestations post-traumatiques des victimes (Freud, 1920).

Les premiers pas vers l'établissement d'un syndrome post-traumatique ont aussi été relevés par Van der Kolk (1987). Cet auteur a expliqué que Freud avait bel et bien porté

son attention sur les conséquences d'un traumatisme psychologique. Van der Kolk a estimé cependant qu'en 1941, Kardiner aurait réellement été le premier à proposer une approche descriptive d'une symptomatologie post-traumatique coïncidant avec les critères diagnostiques contemporains de l'ÉSPT.

La première ébauche formelle de l'ÉSPT peut être retracée par son entrée au DSM (APA, 1952) sous le titre de « Gross Stress Reaction » (Horowitz, Wilner, Kaltreider & Alvarez, 1980; Wilson, 1995; Yehuda & McFarlane, 1995). Il s'agissait alors d'un syndrome de manifestations relié à un élément stresser. L'APA reconnaissait la possibilité de développer un ensemble de réactions observables après qu'une personne ait fait face à une situation de combat (guerre) ou à une catastrophe civile, ensemble de réactions ne pouvant pas être assimilées au registre névrotique ou psychotique (Wilson, 1995).

Lors de la deuxième édition du DSM (APA, 1968), la définition de l'ÉSPT a évoluée : on est passé de névrose d'anxiété ou de critère diagnostique à trouble transitoire et situationnel de la personnalité (Yehuda & McFarlane, 1995), ce qui rendait le diagnostic temporaire (Horowitz & al., 1980). Bien que des événements sociaux importants (les deux Guerres mondiales, les guerres de Corée et du Vietnam, etc.) étaient encore frais à la mémoire des américains, et en dépit de l'apparition de symptômes typiques chez les nombreuses victimes de ces événements, l'APA s'est alors contenté d'expliquer ces dysfonctionnements par une réaction d'ajustement à la vie

adulte en donnant trois exemples plutôt restreints de traumatismes, et en ajoutant en appendice une liste de causes possibles confinant davantage à un potentiel de menace ou de blessures auquel peuvent être associées des manifestations de peur ou d'anxiété, comme par exemple un accident (Wilson, 1995).

Par la suite, le thème de l'ÉSPT, classifié parmi les troubles anxieux, est devenu une entité distincte lors de l'édition du DSM-III (APA, 1980). L'ÉSPT a alors enfin été considéré comme diagnostic en tant que tel, surtout suite à des observations faites auprès de vétérans de la guerre du Vietnam, mais aussi de la deuxième Guerre mondiale et de la guerre de Corée, lorsque des manifestations psychologiques de ce syndrome se sont mis à se multiplier chez ces anciens combattants en présentant de nombreux points communs (Boehnlein & Kinzie, 1997).

Au DSM-III-R (1987), l'APA a fait passer de douze (12) à dix-sept (17) la liste des symptômes de l'ÉSPT, et une évolution du critère décrivant l'événement stressant était amorcée : en 1994, le DSM-IV a ensuite apporté des changements mineurs mais surtout relatifs à la définition du critère du stress. L'aspect « hors du commun » pour qualifier le traumatisme a été corrigé en étant remplacé par des composantes diverses de l'événement et de l'expérience de la victime face à l'épisode traumatisant. Le diagnostic de l'ÉSPT au DSM-IV est donné en Appendice A.

Notons que l'APA fait une distinction entre l'État de stress aigu et l'ÉSPT au DSM-IV en ce qui a trait à l'apparition et à la durée des manifestations symptomatiques post-traumatiques. Pour ce qui est de l'État de stress aigu, les symptômes doivent apparaître dans les quatre semaines suivant l'expérience traumatique et avoir une durée maximale de quatre semaines; au-delà de ces deux périodes, il est nécessaire de se référer aux critères diagnostiques de l'ÉSPT.

Nature d'un événement traumatique et conséquences

L'événement traumatique à l'origine d'un ÉSPT chez les victimes a été amplement couvert dans les recherches en psychologie, surtout depuis que des modifications ont été apportées au fil des différentes éditions du DSM.

L'ÉSPT se distingue de la majorité des autres diagnostics du DSM par la présence d'un facteur étiologique (l'événement traumatique) qui devient ainsi la cause ou la contribution principale au développement du trouble (Kirmayer, 1996). L'événement traumatique, pour ne citer que quelques exemples, peut être une catastrophe naturelle, un attentat, un accident de voiture, un emprisonnement ou une torture, un viol ou encore un incendie. Suivant le critère A du DSM-IV, il est possible de développer un ÉSPT en étant directement impliqué ou victime de ces types de tragédie, ou en y étant confronté ou témoin. Il est toutefois nécessaire que la personne confrontée à l'événement

traumatique ait eu une réaction de peur intense, un sentiment d'horreur ou d'impuissance, pour que le diagnostic d'ÉSPT puisse lui être attribué.

La nature de l'événement traumatique aurait une influence sur le degré et la durée de la détresse psychologique éprouvée par le survivant. En effet, il semble que les victimes d'un stress induit par une autre personne (une agression) seraient plus particulièrement sujettes à vivre une détresse psychologique sévère que les victimes d'un désastre naturel (Janoff-Bulman, 1988) ou que les personnes qui ont été témoins d'un vol à main armée (Markesteyn, 1992). De Girolamo et McFarlane (1996) ont estimé que le fait d'être blessé, retenu en captivité ou torturé peut augmenter considérablement la prévalence d'un ÉSPT comme conséquence à l'événement traumatique. Il semble donc que le fait d'avoir été directement touché par l'événement traumatique aurait un lien direct avec le niveau de détresse psychologique de la victime ou encore avec la possibilité de développer un ÉSPT.

Selon Herman (1992), on dénoterait un ÉSPT avec des composantes et des manifestations plus sévères chez les gens ayant vécu un stress prolongé en plus de l'événement traumatisant en soi. Cet auteur a rapporté que l'ÉSPT s'est retrouvé plus particulièrement chez certaines personnes ayant vécu un traumatisme prolongé et répété en situation de captivité (en prison, en camps de concentration) ou en esclavage. À noter que certaines formes de captivité sont aussi possibles dans des environnements non-carcéraux tels que les sectes religieuses, les maisons closes et les familles où il y a

exploitation sexuelle éhontée et des cas de séquestration. Contrairement à un événement traumatique circonscrit dans le temps et l'espace, le stress prolongé et répété est présent seulement chez quelqu'un qui est en état de captivité, qui est incapable de fuir et qui demeure constamment sous le joug oppressant d'une ou de plusieurs autres personnes. Il y a donc un aspect de durée à l'exposition du traumatisme dans le cas d'un ÉSPT.

Peu importe la durée ou la nature de certains traumatismes, des conséquences psychologiques peuvent être observables. Pour Wilson (1989), il est clair qu'un événement psychologiquement traumatique doit être interprété comme un événement ou un stressor externe qui influencera ou causera une blessure à l'état normal.

Même si les conséquences peuvent être tributaires de la nature et de la durée du traumatisme, une constellation de réactions est généralement observable. Par exemple, Allodi et Cowgill (1982) ont souligné les divers effets à long terme de la torture; selon eux, il y a les effets physiques (cicatrices, surdité, troubles de vision, etc.), comportementaux (retrait, irritabilité, tentative de suicide, etc.), intellectuels ou mentaux (confusion, désorientation, diminution de la concentration, etc.), psychosomatiques (douleurs diverses, étourdissements, troubles intestinaux, sudation, etc.) et affectifs (dépression, anxiété, peurs, etc.).

Goldfeld, Mollica, Pesavento et Faraone (1988) ont de leur côté relevé huit études exécutées entre 1979 et 1984 sur les effets de la torture comme événement traumatique.

Selon ces études, les problèmes éprouvés les plus fréquemment par les victimes sont d'ordre émotionnel ou affectif (anxiété, dépression, irritabilité ou agressivité, labilité émotionnelle, isolement ou retrait social), cognitif (confusion ou désorientation, troubles de mémoire et de concentration, troubles des habiletés de lecture) et neurovégétatif (diminution d'énergie, insomnie, cauchemars, dysfonction sexuelle). Notons que plusieurs de ces observations relativement aux effets de la torture nous renvoient directement aux différents critères de l'ÉSPT ou de la dépression.

Janoff-Bulman (1988) a expliqué que l'anxiété vécue par les victimes de violence était une sorte de reflet de leur désintégration cognitive en lien avec l'événement traumatique externe. Et pour Kirmayer (1996), l'ÉSPT est étroitement relié à la dépression parce que les situations traumatiques impliquent souvent un degré de perte prolongée. Il serait peut-être pertinent de préciser qu'il y a une différence à faire entre les conséquences reliées directement au traumatisme et les conséquences psychologiques qui peuvent être influencées par d'autres facteurs. Selon Basoglu et Mineka (1992), cités dans Basoglu (1997), il y aurait une différence entre les symptômes reliés à l'expérience traumatique et qui sont des effets directs du trauma, d'une part, et d'autre part les sentiments d'impuissance et de perte d'espoir engendrés par les stressseurs subséquents ou encore le manque de support social : les symptômes post-traumatiques seraient plus spécifiquement des manifestations intrusives (cauchemars, reviviscences) et des attitudes d'évitement, à distinguer de l'anxiété et de la dépression subséquentes au traumatisme.

Il ne serait peut-être pas inexact de penser que certaines manifestations telles que la reviviscence des traumatismes pourraient même être exclusivement associées à l'ÉSPT; personne ne saurait avoir de souvenirs ou de rêves envahissants et qui tiennent véritablement de la reviviscence traumatique s'il n'y avait pas eu confrontation avec une tragédie. Il demeure évident par contre que les réactions qui participent de l'ordre affectif, cognitif, somatoforme ou anxieux se retrouvent également dans divers troubles (de l'humeur, de somatisation, anxieux, etc.) et ne sont pas exclusifs à l'ÉSPT.

Janoff-Bulman (1988) a cité diverses recherches impliquant des victimes de viol et où plusieurs avaient témoigné ne pas avoir l'impression de se sentir mieux et cela même de quatre à six années après le traumatisme. En fait, bien qu'il puisse y avoir différents types de stressors pouvant produire des effets variés, on peut tabler sur le fait qu'un événement traumatisant aura généralement des conséquences sur la victime (Mollica & al., 1992). Dans une étude effectuée auprès d'une population de réfugiés sud-américains qui avaient été diagnostiqués comme souffrant d'un ÉSPT, Cervantes, Salgado de Snyder et Padilla (1989) ont pu dénoter un indice élevé de symptômes anxieux, dépressifs et somatiques.

Wilson (1989) a expliqué que la blessure causée par l'événement traumatique pouvait produire des degrés variables de détresse chez la victime, dépendant des caractéristiques personnelles de celle-ci, de la durée et de la nature de l'expérience

traumatique, et enfin des ressources personnelles et sociales disponibles pour le rétablissement de la personne affligée. Dans une étude effectuée auprès de 481 sujets vétérans de guerre du Vietnam, Card (1987) avait noté une prévalence de 19% de l'ÉSPT parmi le groupe. Il a remarqué que cette prévalence chez ses sujets pouvait être influencée à la baisse par la présence d'une épouse ou par une affiliation religieuse.

Malgré les différences de nature entre les événements traumatiques et les différences de durée de l'exposition à l'événement traumatique, il n'en demeure pas moins qu'il est possible d'observer, suite à un traumatisme, des manifestations psychologiques pouvant varier en nature, en fréquence, en durée et en gravité. L'adaptation post-traumatique peut également être influencée par les composantes intrinsèques de la victime et par les ressources extérieures auxquelles celle-ci peut recourir; ce sont des facteurs qu'il ne faut pas oublier de prendre en considération lorsqu'est analysé le rétablissement du sujet suite à l'événement traumatique. Ce point sera développé plus spécifiquement en regard de la situation vécue par les réfugiés dans la section « immigration et adaptation ».

L'état de stress post-traumatique chez les réfugiés

De Girolamo et McFarlane (1996) ont effectué une vaste revue de la littérature concernant l'ÉSPT et ont estimé que la prévalence de l'ÉSPT dans la population générale présentait un caractère de consistance assez remarquable, avec des taux

oscillant de 1% à 3%. Dans des études concernant des personnes à risque comme les vétérans de guerre, ces auteurs ont trouvé qu'il y avait interaction entre le facteur de la vulnérabilité et le facteur de l'exposition, donnant ainsi une prévalence de 30% d'ÉSPT chez cette population. Ils ont aussi remarqué que les taux de prévalence étaient encore substantiellement plus élevés parmi les populations exposées à de hauts niveaux de stress telles que les réfugiés, les prisonniers de guerre, les victimes de viol et autres crimes violents, qui approchaient alors ou même dépassaient le 50%.

Dans le DSM-IV, on a estimé par ailleurs que la prévalence à vie de l'ÉSPT dans la population générale se situerait entre 1% et 14%, selon diverses variables, mais aussi plus spécifiquement de 3% à 58% chez des sujets à risque tels que les anciens combattants ou les victimes de violence criminelle.

Au DSM-IV, l'APA a jugé important de souligner les caractéristiques de l'ÉSPT liées à la culture, en faisant explicitement référence au phénomène des personnes qui ont massivement émigré suite à des climats d'instabilité sociale ou à l'occasion de conflits civils, telles que le seraient les revendicateurs au statut de réfugiés. Selon le DSM-IV, il faudrait s'attendre à relever des taux élevés d'ÉSPT chez ces personnes et compter ceux-ci parmi les groupes de sujets à risque.

Il est opportun de préciser que si les manifestations post-traumatiques peuvent varier d'une culture à une autre, le diagnostic de l'ÉSPT reste généralement possible

parce qu'il y a un ensemble de symptômes de cet état de stress qui demeurent observables par-delà leur apparente diversité. Dans une tentative de validation d'un instrument inter-culturel (Harvard Trauma Questionnaire) visant à mesurer l'état de stress post-traumatique, il a été démontré que les critères diagnostiques de ce trouble (selon le DSM-III-R lors de la recherche) ont présenté des caractéristiques similaires à travers les cultures (Mollica & al., 1992). Une étude effectuée par Carlson et Hogan (1994) auprès de 50 réfugiés cambodgiens visait également à établir si des personnes provenant d'une culture tout à fait différente de la culture américaine pouvaient, face à des expériences traumatiques, souffrir de symptômes analogues à ceux de survivants américains de diverses tragédies; les résultats ont démontré que le portrait post-traumatique du groupe de réfugiés était similaire à celui du groupe contrôle observé.

Dans une recherche ayant à la fois porté sur un échantillon d'immigrants arrivés aux Etats-Unis et provenant de l'Amérique Centrale et du Mexique (258 sujets) et sur un échantillon de personnes natives (329 sujets) de ce dernier pays, Cervantes et al. (1989) ont démontré que les immigrants avaient des niveaux plus élevés de détresse psychologique globale : 52% de l'échantillon d'Amérique Centrale qui avait émigré suite à des conflits suscités par la guérilla ou à cause d'un climat politique oppressant éprouvait une forme de détresse psychologique ou des symptômes correspondant à un ÉSPT, comparativement à 25% des immigrants du Mexique qui avaient migré pour d'autres raisons. De ceci, nous pouvons comprendre que les immigrants non-réfugiés peuvent également éprouver une forme de détresse psychologique engendrée par

l'émigration. Notons également que les immigrants peuvent avoir vécu des événements traumatiques ayant été l'élément déclencheur de leur exil; ignorant le processus de revendication au statut de réfugié, ils ont fait les démarches régulières pour l'émigration et ainsi obtenu le statut officiel d'immigrant.

Une recherche effectuée dans divers centres de santé auprès de 206 réfugiés bosniaques arrivés en Suède en 1993, comparativement à un groupe contrôle de 387 visiteurs, a donné une prévalence d'ÉSPT se situant entre 18% et 33% chez les réfugiés, contre 0,3% à 1% chez le groupe de comparaison (Thulesius & Hakansson, 1999).

Kinzie et ses collaborateurs (1990) ont effectué une recherche sur l'ÉSPT auprès de 322 réfugiés d'Asie du Sud-Est qui fréquentaient une clinique psychiatrique. La prévalence à vie de cet échantillon était de 75%, alors que la prévalence lors de l'étude était de 70%. Les symptômes post-traumatiques étaient hautement chroniques, car les traumatismes avaient eu lieu de dix à quinze années auparavant; et pourtant, ces auteurs ont noté que plusieurs de ces victimes n'avaient pas encore été diagnostiquées avant que débute l'étude.

Mollica et al. (1990) ont cherché à évaluer les changements des symptômes et des niveaux de détresse chez une population d'Asie du Sud-Est comprenant 21 cambodgiens, 13 laotiens et 18 vietnamiens, après un traitement thérapeutique de six mois. La majorité des sujets ont vu leur condition s'améliorer significativement; il est

apparu cependant que même si les symptômes psychologiques s'étaient dissipés substantiellement, plusieurs symptômes somatiques s'étaient aggravés.

Carlson et Hogan (1991) ont étudié la prévalence de l'ÉSPT chez des réfugiés cambodgiens établis aux États-Unis entre 1983 et 1985. Ils ont découvert un taux de prévalence d'ÉSPT de 86% (suivant les critères du DSM-III-R) chez leurs 50 sujets interrogés, qui étaient âgés entre 21 et 65 ans. Des scores élevés de dissociation ont été relevés chez 48 sujets et des diagnostics de dépression chez 40 d'entre eux. Les réfugiés qui n'étaient pas des patients psychiatriqués étaient en forte proportion affligés de symptômes sévères, et cela, de quatre à six ans après leur arrivée aux États-Unis. Ces auteurs ont également souligné le fait qu'une relation peut être établie entre le nombre de traumatismes vécus et la sévérité des symptômes post-traumatiques.

Dans une étude effectuée auprès de 84 réfugiés laotiens qui suivaient un programme psychiatrique, Moore et Boehnlein (1991) ont relevé une prévalence d'ÉSPT de 88%. Tous ces patients avaient des symptômes qui répondaient par ailleurs aux critères diagnostiques de la dépression majeure, et plusieurs parmi ceux-ci s'étaient plaints à l'effet qu'ils souffraient de troubles somatiques.

Ramsay, Gorst-Unsworth et Turner (1993) ont effectué une recherche auprès de réfugiés torturés. Leurs 100 sujets fréquentaient un centre de traitement, et leur prévalence à l'ÉSPT était de 51%. Ces auteurs ont également rencontré 20 sujets parmi

leur groupe qui présentaient à la fois les critères de l'ÉSPT et de la dépression. Les principaux diagnostics de leur étude ont été l'ÉSPT, la dépression et les troubles somatoformes; ils ont trouvé que le développement de l'ÉSPT chez leurs sujets était fortement associé à des épisodes de tortures subies dans le pays d'origine.

Les taux élevés de prévalence d'ÉSPT observés dans ces quelques dernières études s'expliquent par le fait que les populations étudiées sont en traitement ou bénéficient d'un suivi psychiatrique au moment où les chercheurs s'intéressent à elles; ces taux ne renvoient pas à des populations globales ou à des distributions normales de réfugiés.

Basoglu, Paker, Tasmir, Ozmen et Sahin (1994), cités par Basoglu (1997), ont réalisé une recherche sur la prévalence de l'ÉSPT chez des activistes politiques torturés et emprisonnés en Turquie. La prévalence de 33% d'ÉSPT chez ces derniers, comparativement à 11% chez le groupe contrôle (activistes non-torturés), a été estimée faible.

Dans une recherche menée par Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar et Steel (1997) auprès de réfugiés demandant l'asile politique en Australie, on a tenté de déterminer les facteurs pouvant être associés à la détresse psychologique. Chez ces revendicateurs du statut de réfugié, 79% des sujets avaient vécu un événement traumatique tel qu'avoir été témoin d'assassinats, avoir été agressé ou avoir été torturé et

retenu en captivité. 37% des personnes évaluées dans cette recherche montraient des symptômes correspondant aux critères diagnostiques d'un ÉSPT.

Allden, Poole, Chantavanich et Ohmar (1996) ont évalué l'état psychologique global de 104 jeunes dissidents politiques d'origine birmane, âgés entre 15 et 26 ans, et qui étaient réfugiés en Thaïlande, en se concentrant sur des facteurs tels que les événements traumatiques, la symptomatologie, le travail, la santé et le fonctionnement social. Ces auteurs ont relevé une moyenne de 30 événements traumatiques dans le passé de chacun de ces jeunes dissidents. La prévalence des symptômes dépressifs était évaluée à 38% et à 23 % pour les symptômes post-traumatiques. Un indice intéressant a été apporté : les symptômes d'évitement et de reviviscence des traumatismes étaient les plus fortement reliés à un nombre élevé de traumatismes vécus.

Fawzi et ses collaborateurs (1997) ont voulu valider le diagnostic de l'ÉSPT auprès de 74 réfugiés vietnamiens âgés entre 38 et 66 ans et qui s'étaient établis dans la région métropolitaine de Boston. Le Harvard Trauma Questionnaire a été administré à cette population après validation. Les résultats ont indiqué qu'il y avait une corrélation positive entre le nombre des événements traumatiques et la sévérité des symptômes post-traumatiques. Ces symptômes concordaient avec les manifestations d'évitement, de reviviscence des traumatismes et d'hyperexcitation neurovégétative telles que décrites par le DSM-IV. Dans un même ordre d'idées, Mollica et al. (1998) ont mené une étude auprès de réfugiés vietnamiens récemment installés aux États-Unis et qui visait à

déterminer la prévalence de la torture sur l'apparition de symptômes post-traumatiques et dépressifs. Les sujets étaient tous des ex-prisonniers politiques. Les instruments de mesure utilisés pour cette recherche, dont le Harvard Trauma Questionnaire, ont été validés en tenant compte des caractéristiques culturelles des répondants. Les résultats ont démontré que les réfugiés ayant vécu la torture à plusieurs reprises avaient des taux plus élevés d'ÉSPT et de dépression comparativement au groupe contrôle.

Michultka, Blanchard et Kalous (1998) ont tenté de mesurer les effets psychologiques de la guerre civile chez des réfugiés d'origine salvadorienne. Ils ont établi que 68% des réfugiés du groupe rencontré répondaient aux critères diagnostiques de l'ÉSPT, et que le nombre élevé des expériences relatives à la guerre pouvait laisser prévoir la sévérité du trouble ainsi que des niveaux importants de détresse anxieuse ou dépressive.

Weine et ses collaborateurs (1995 ; 1998) ont obtenu quelques résultats intéressants avec leurs deux études effectuées auprès de bosniaques établis aux États-Unis. Dans la première de ces deux études, on avait utilisé des témoignages recueillis auprès de 20 bosniaques âgés entre 13 et 62 ans quelques mois après leur arrivée dans leur nouveau pays d'accueil. Ces sujets avaient été interrogés et soumis à un testing standardisé; leurs expériences traumatiques renvoyaient toutes au « nettoyage ethnique » qui était survenu en Bosnie entre 1992 et 1995. Parmi ce groupe, 65% des sujets présentaient un diagnostic d'ÉSPT et 35% un diagnostic de trouble de l'humeur (dépression). Cette

recherche a également indiqué qu'un nombre élevé d'événements traumatiques pouvait être corrélatif avec une plus grande sévérité de l'ÉSPT.

Dans la seconde étude de Weine et al. (1998) menée auprès de 34 réfugiés bosniaques, 25 répondaient aux critères de l'ÉSPT et parmi ces 25 sujets, 15 éprouvaient toujours un ÉSPT après un an de vie aux États-Unis. La sévérité de l'ÉSPT chez le groupe initial avait considérablement diminué pendant l'année écoulée, alors qu'un seul sujet était demeuré au même seuil et que huit autres sujets avaient éprouvé une aggravation de la sévérité des symptômes. Bien qu'à première vue il ait semblé qu'une diminution du taux de l'ÉSPT se soit produite au sein de ce groupe, il est apparu que le niveau clinique de la détresse globale y était demeuré sensiblement le même et que les réfugiés plus âgés étaient touchés plus sévèrement par les symptômes.

De l'ensemble des travaux rapportés ci-dessus, nous pouvons constater que les taux de prévalence de l'ÉSPT chez les réfugiés de divers pays, et qui ont souffert de diverses expériences traumatiques, varient entre 18% et 88%. Nous pouvons aussi retenir les différentes considérations de leurs auteurs à l'effet qu'il y a des corrélations significatives entre le nombre d'événements traumatiques vécus par le réfugié et la sévérité des symptômes post-traumatiques.

Ces recherches successives ont également été fructueuses en regard des observations cliniques de diverses formes de détresse, dont la dépression, des plaintes

somatiques et des phénomènes de dissociation. Quelques-unes ont relevé le caractère chronique de l'ÉSPT chez les réfugiés questionnés, et d'autres ont fait mention de la nature et de la durée des traumatismes qui peuvent influencer le degré de sévérité et la chronicité de l'ÉSPT.

Immigration et adaptation

Comparativement aux réfugiés, les immigrants n'ont généralement pas vécu de traumatismes avant de s'exiler de leur pays. Par convention, un réfugié est une personne qui a une peur bien fondée d'être persécutée pour diverses raisons (race, religion, appartenance à un groupe social, opinions politiques ou autres) et qui est hors de son pays natal, se trouvant incapable d'y retourner ou d'y obtenir la protection nécessaire. À la différence d'un réfugié, si un immigrant peut également éprouver des difficultés, il ne quitte pas nécessairement son pays en ayant pour principale raison de sauver sa vie. Il effectue méthodiquement et patiemment toutes les démarches légalement requises pour sa migration avant son départ, et cela peut parfois être un processus assez long. Cependant, les confusions entre les statuts d'immigrant et de réfugié peuvent se produire; de par son anamnèse, un immigrant aurait pu revendiquer le statut de réfugié tandis qu'un réfugié ne répond pas nécessairement aux critères de revendication établis par les conventions d'immigration.

Les immigrants, au sens officiel du terme, partagent tout de même un point commun avec les réfugiés, soit le fait de s'exiler et de s'établir dans un pays étranger et donc, d'avoir à se confronter avec un contexte économique et socio-culturel tout à fait nouveau et différent. Cette nécessaire et douloureuse adaptation à un mode de vie étranger obligera tout autant les réfugiés que les immigrants à recourir à diverses stratégies d'adaptation dans leur pays d'accueil. De ce processus d'adaptation, une certaine détresse psychologique pourra sourdre en eux et se traduire, entre autre, par un niveau d'anxiété élevé.

Les recherches antérieures à la nôtre ont en général su tenir compte du rôle que peuvent jouer les facteurs pré-migratoires et post-migratoires dans les causes de la détresse psychologique des réfugiés ou des immigrants; mais il y a également des facteurs socio-culturels intrinsèques au migrant qui peuvent y jouer un rôle. Comme l'ont souligné Guarnaccia (1997) et Al-Issa (1997), au-delà du contexte antérieur à la migration, il y a les circonstances entourant la migration, les caractéristiques du migrant et de la communauté d'accueil qui peuvent influencer ou prévenir l'apparition de la détresse psychologique généralement associée au mouvement migratoire. Wilson (1994) a abondé dans le même sens en expliquant que des variables situationnelles et des variables relatives à la personnalité peuvent, chez les réfugiés traumatisés, interagir avec les stressseurs et se révéler déterminantes dans l'adaptation post- traumatique.

Habimana, Rousseau, Saucier et Streit (sous presse) ont proposé une explication intéressante à un fait généralement reconnu par les cliniciens et chercheurs œuvrant auprès des immigrants ou réfugiés : le choc culturel produit par l'immigration provoquerait une réaction d'adaptation qui comprendrait plusieurs phases, caractérisées par la tristesse, la peur ou la méfiance.

Un choc culturel pourrait également entraîner, chez les réfugiés, de la confusion et un déficit dans leurs capacités à effectuer la discrimination des stimuli qui donne généralement un contexte aux comportements, selon Al-Issa (1997). Pour Beiser et Hyman (1997), si la détresse est une manifestation qui semble présenter en soi un caractère de remarquable homogénéité à travers les différents groupes culturels, il n'en reste pas moins que la culture peut jouer un rôle par rapport à l'intensité ou l'expression de la détresse.

Tyhurst (1977) a estimé que les immigrants et les réfugiés peuvent vivre diverses pertes en quittant leur pays d'origine (pertes matérielles, familiales, d'identité, de sécurité, de statut et d'estime de soi, etc.), mais les réfugiés subiraient généralement davantage de pertes (Habimana et al., sous presse) : immigrants et réfugiés peuvent, tout autant les uns que les autres, rencontrer des difficultés dans leur insertion sociale et professionnelle et être victimes de discrimination et de pauvreté.

La séparation d'avec la famille créerait une détresse émotionnelle (Beiser & Hyman, 1997) et constituerait même un facteur majeur de dépression et d'anxiété pouvant influencer le processus d'ajustement (Tyhurst, 1977). Selon Beiser (1990), deux des stress post-migratoires les plus communs et puissants seraient le manque d'emploi et la séparation d'avec la famille; et les réfugiés qui vivent séparés de leur famille auraient des niveaux de détresse psychologique plus élevés et souffriraient davantage de dysfonctionnement social que les réfugiés vivant avec leur famille ou vivant proche de celle-ci.

Selon Al-Issa (1997), les hommes immigrants seraient davantage prédisposés à éprouver une détresse psychologique à cause de leurs obligations familiales et financières, ces obligations pouvant même s'avérer être des facteurs de stress plus déterminants que la perte du statut social ou de contacts sociaux ou encore que la diminution d'estime de soi. Fornazzari et Freire (1990) ont estimé de leur côté que les femmes seraient moins vulnérables que les hommes à cet égard, compte tenu de leur responsabilités familiales et du fait d'avoir un besoin vital de porter une attention particulière aux enfants et à l'union familiale.

Le rétablissement d'un traumatisme demande généralement l'intervention de mécanismes d'adaptation. Selon Ochberg (1991), si le rétablissement d'un traumatisme implique le fait de devoir reprendre un certain contrôle sur soi-même et sur sa vie, il implique aussi et plus significativement un changement de statut : de victime à

survivant. Allodi (1990) a soutenu qu'il y a généralement trois étapes dynamiques dans un processus de guérison d'un trauma : 1) déni, 2) acceptation et 3) intégration. Ces deux dernières phases sont un équivalent du concept de passage vers le statut de survivant décrit par Ochberg.

Nous avons donc vu que divers facteurs peuvent interagir avec les processus d'adaptation post-migratoire chez les migrants . D'une part, les réfugiés éprouvant un ÉSPT ont à assumer les répercussions psychologiques post-traumatiques et, d'autre part, des facteurs pré-migratoires ou migratoires autres qu'un traumatisme peuvent entraîner le développement de symptômes témoignant d'une détresse psychologique : la perte de statut social et professionnel, l'éloignement familial, le changement des contextes socio-culturels et économiques, entre autres. Nous avons vu aussi que des facteurs post-migratoires comme la pauvreté, le manque d'emploi, le racisme, la manque de support social et d'autres encore, peuvent être également générateurs de détresse psychologique.

La migration ne comporte pas seulement que des effets négatifs. Habimana & Cazabon (2000) ont expliqué que le migrant qui a subi la souffrance et la solitude refuse souvent de se laisser aller à la dépression profonde, car son devoir de survivant le pousse à poursuivre son combat et à ne pas se laisser mourir : le « réfugié-survivant » se confère ainsi à lui-même le devoir d'aimer la vie.

Raisons de vivre

À travers son histoire personnelle dans un camp de concentration et en se reportant à ses années de pratique subséquente en psychothérapie, Frankl (1959, 1988) a pu mettre en lumière des éléments importants se rattachant à ce qu'il a appelé les *raisons de vivre* qu'un être humain peut se donner à lui-même et conserver envers et contre tout, et en dépit des épreuves les plus difficiles et les plus atroces qui peuvent lui être imposées.

Ce survivant a constaté que les prisonniers de guerre qu'il a connus dans les camps nazis, ou qui sont venus le voir en consultation privée après la fin de la guerre, manifestaient le besoin de conserver un sens à leur vie et de nourrir certaines attentes par rapport à l'avenir; cela se traduisait chez certains par une croyance en un but à réaliser. Frankl a la conviction que la vie est faite de souffrances et qu'assurer sa survie lorsqu'on est plongé dans une conjoncture dramatique consiste à trouver une signification à ces souffrances. Selon lui, toute personne donne une signification à sa vie; ce peut être la recherche de la vérité, de la beauté, de la richesse, de l'amour, ce que l'on voudra. Donner un sens à sa vie est le principe guide de tout adulte mature même si, et surtout, ce sens que chacun donne à sa vie est appelé à changer au gré des expériences, des épreuves, des souffrances, ou sous la pression des circonstances.

Selon Frankl, lorsque cette recherche de signification à sa propre existence est un succès, un individu se sent plus riche d'une identité personnelle forte, il a l'impression

d'imprimer une véritable direction à tous ses actes, et il a confiance en ses propres capacités à surmonter tous les obstacles et à se sortir de toutes les situations, aussi pénibles et stressantes soient-elles. Lorsque cette recherche de signification à sa vie est un échec, un individu se juge déficient par rapport à ses capacités d'adaptation et se sent délesté de toute envie de vivre. Il semble que ce soit là la raison fondamentale pour laquelle, d'après Frankl, certains de ses compatriotes dans les camps de concentration se désespéraient au point de chercher même parfois à se suicider : parce qu'ils avaient perdu leurs raisons de vivre et ne parvenaient pas à s'en donner de nouvelles.

Partant des bases existentialistes de Frankl, Linehan, Goodstein, Nielsen & Chiles (1983) ont conçu une échelle nommée *Reasons for Living Inventory* (RFL) visant à établir les différentes raisons de vivre que des individus peuvent se donner à eux-mêmes pour s'empêcher de se suicider pendant une période critique de leur vie. La version française de ce test a été traduite par Labelle, Lachance et Morval (1996) et se nomme *Inventaire des Raisons de Vivre* (IRV).

Selon Linehan (1985), l'examen des scores des sous-échelles du RFL peut donner au clinicien une idée de la façon suivant laquelle un individu sera motivé à vivre en se donnant des raisons constructives ou à cause de peurs associées à l'acte de suicide ou à la mort.

En effet, l'IRV est divisé en six sous-échelles : trois mesurent les motivations « positives » par rapport à la vie (croyances reliées à la survie et à l'adaptation, responsabilités familiales et considération pour les enfants), alors que trois autres renvoient à des motivations que l'on pourrait qualifier de « négatives » (peur du suicide, peur de la désapprobation sociale, objections morales) pour ne pas envisager le suicide, parce que ces motivations ne servent qu'à dénier tout sens possible au suicide, sans donner au sujet interrogé de raisons en tant que tel pour continuer à vivre.

Une mesure possible du potentiel d'adaptation

Linehan et ses collaborateurs (1983) ont construit le RFL en estimant que les raisons de vivre sont des caractéristiques adaptatives qui ont pour rôle de recentrer un individu donné sur la poursuite de la vie et de se dresser contre les comportements suicidaires. Après enquête, ces auteurs ont pu établir des différences parmi les sous-échelles du RFL entre des groupes suicidaires et non-suicidaires.

Tout comme un comportement ou une idéation suicidaire, l'ÉSPT représente l'expression d'une détresse psychologique. À partir de cette prémisse, nous pouvons tirer comme hypothèse que les raisons de vivre pourraient être touchées par la gravité de l'ÉSPT et que les sous-échelles du IRV pourraient parvenir à cibler chez les réfugiés certaines notions adaptatives relativement à leur problématique post-traumatique.

Pour avancer la possibilité qu'il y ait ce type d'interaction entre ÉSPT et raisons de vivre, nous avons initialement tenu compte d'un principe général décrit par Lin (1990). Cet auteur a bien résumé l'essentiel de la question de l'évaluation diagnostique d'une personne d'une culture différente : d'une part, il est de rigueur de considérer les concepts d'unité psychique, c'est à dire l'universalité de la nature humaine, des comportements humains et de la souffrance; et d'autre part, il ne faut pas minimiser les différences culturelles, même si cela peut paraître aller diamétralement à l'opposé d'une quête d'universalité. Prenons simplement l'exemple du décès d'une personne chère. Cette perte attristera les proches, peu importe leur identité culturelle, mais le deuil pourra être vécu de différentes façons, selon les rites, les croyances, les coutumes ou encore l'appartenance à un schème de valeurs.

Wilson (1989), de son côté, a expliqué que les différents types de stressseurs pouvant produire des effets sur la personne dépendent du fait qu'ils peuvent affecter la capacité à gérer le stress ou qu'ils peuvent infliger des blessures psychologiques ou physiques. Il a estimé également que les variables personnelles en lien avec les variables environnementales et situationnelles peuvent influencer la réponse personnelle de l'individu par rapport aux traumatismes et à l'adaptation post-traumatique.

Des propos de ces trois derniers auteurs, Linehan, Lin et Wilson, nous avons extrapolé la possibilité de comprendre l'influence de la détresse psychologique (ÉSPT) ou des différents stressseurs vécus par les réfugiées sur leurs raisons de vivre mesurées

selon les sous-échelles de l'IRV. Nous avons tout d'abord considéré les diverses études touchant les populations migrantes et leur adaptation post-migratoire; quelques recherches citées au point précédent expliquaient le rôle de la famille ou des composantes de la personnalité, et certaines ont aussi amené diverses explications à propos du rôle possible de différentes variables sur la détresse psychologique vécue par les réfugiés. Une multitude de facteurs possibles ont été décrits dans les études que nous allons maintenant citer; d'autres variables qui semblent toucher aux notions soulevées par les sous-échelles du IRV seront discutées plus loin.

Beiser, Turner et Ganesan (1989) ont évalué 1348 réfugiés d'Asie du Sud-Est vivant dans un camp de réfugiés. Ces auteurs ont estimé que le fait d'être interné dans un tel camp pouvait provoquer un impact significatif sur l'humeur en rendant dépressifs à court terme les réfugiés qui y sont confinés. Ils ont avancé aussi que l'évitement, en tant que mécanisme d'adaptation psychologique, pouvait être un modérateur de l'impact soulevé par le stress de la vie dans ces camps.

Dans leur recherche, Silove et al. (1997) ont identifié les facteurs pouvant être associés à la détresse psychologique chez les revendicateurs du statut de réfugié. Ces auteurs ont estimé que l'exposition à des facteurs tels que le traumatisme pré-migratoire, les délais dans le processus de l'obtention du statut de réfugié, les difficultés avec les autorités de l'immigration, les obstacles à l'emploi, la discrimination raciale et l'isolement pouvaient être associés à une forte prévalence à l'ÉSPT. Leurs résultats ont

par ailleurs montré que les femmes étaient davantage soumises à des symptômes anxieux, à la pauvreté et à des conflits avec les autorités des services de l'immigration. Finalement, ces auteurs ont mentionné la possibilité que les procédures par rapport à la revendication du statut de réfugié puissent être davantage des facteurs de stress et d'apparition de symptômes d'ÉSPT chez les personnes ayant également vécu des traumatismes.

Il nous est apparu, en somme, que ce sont toutes là de précieuses indications sur l'influence de divers facteurs post-migratoires quant à l'apparition différée de l'ÉSPT ou de tout autre symptomatologie chez les réfugiés.

Dans un contexte semblable de camp de réfugiés, Gonsalvez (1990) a relevé les effets de la détention, de la torture et de l'exil chez 32 réfugiés chiliens établis au États-Unis. Cet auteur a suggéré que l'exil chez ces personnes pouvait constituer une continuation plutôt qu'une cessation de la souffrance et de la détresse psychologique, les problèmes conjugaux, les difficultés économiques et la solitude étant souvent relevés chez les personnes évaluées.

Holtz (1998) a examiné de près les symptômes anxieux, les perturbations affectives, les plaintes somatiques et le dysfonctionnement social chez 35 étudiants tibétains, laïques ou religieux, qui avaient été arrêtés et torturés. Un groupe contrôle (paire par âge) avait été formé par des étudiants n'ayant pas été torturés. Les symptômes anxieux

étaient hautement présents chez le groupe de victimes de torture. Les symptômes dépressifs ne présentaient pas de différence entre les deux groupes. Les auteurs de cette étude ont déterminé que l'engagement politique et le fait de s'attendre et de « se préparer » à être torturé semblaient avoir été des facteurs privilégiés de résilience contre les séquelles psychologiques des traumatismes vécus.

Dans leur étude effectuée auprès d'activistes politiques torturés, Basoglu et al. (1994) cités par Basoglu (1997) ont expliqué que l'un des facteurs qui a pu protéger les victimes contre un ÉSPT serait, entre autre, leur dévouement à une cause. De leur côté, Fornazzari et Freire (1990) ont effectué une étude auprès de femmes d'Amérique Latine qui avaient victimes de torture ou témoins de sévices infligés à leurs proches, et qui avaient parfois été impliquées politiquement dans des mouvements de protestation. Se basant sur diverses observations cliniques effectuées antérieurement à leur étude, ces auteurs ont émis comme hypothèse que les femmes militantes pourraient avoir tendance à démontrer des niveaux d'adaptation plus élevés lorsqu'elles se réfugient dans des pays étrangers, et que leur implication politique ou religieuse pourrait les avoir souvent, en quelque sorte, protégées des séquelles de la torture.

Contrairement à l'étude de Basoglu et al. (1994), les résultats de celle de Fornazzari et Freire (1990) ne se sont pas avérés concluants en ce sens; dans leur étude, seules les femmes qui n'avaient pas subi de torture directe ont démontré avoir connu un meilleur rétablissement psychologique. Fornazzari et Freire ont toutefois estimé qu'il pouvait y

avoir d'autres facteurs pouvant influencer le développement ou la persistance des symptômes post-traumatiques, entre autres : la force de l'ego, les expériences personnelles antérieures à l'événement traumatique, le réseau social et les difficultés d'adaptation au pays hôte.

Marsella, Friedman et Spain (1993) ont dirigé notre attention vers l'opportunité d'effectuer une étude portant sur l'interaction possible entre la détresse psychologique et les raisons de vivre. Ces auteurs ont estimé qu'il y avait place pour des recherches qui viseraient à identifier les sources de force et de résilience pouvant influencer la présence d'un ÉSPT et qui seraient menées auprès de populations minoritaires au plan ethnoculturel. Selon eux, il serait possible de dénoter chez ces populations minoritaires des croyances philosophiques ou religieuses, des modèles d'interaction sociale, des dispositions personnelles ou des orientations de personnalité qui pourraient être des médiateurs de l'ÉSPT. Al-Issa (1997) avait aussi souligné certains facteurs pouvant atténuer le stress et réduire le risque de maladie mentale chez les immigrants ou les réfugiés : le support social, la spiritualité et la religion semblaient, selon lui, jouer ce rôle.

Le soutien social ou la camaraderie ont aussi été relevés à plusieurs reprises comme facteurs pouvant diminuer la détresse psychologique ou favoriser l'adaptation post-traumatique (Allden & al., 1996 ; Basoglu & al., 1997 ; Beiser & al., 1989 ; Fornazzari & Freire, 1990 ; Gorst-Unsworth & Goldenberg, 1998 ; Holtz, 1998). La solitude et

l'isolement ont, par contre, été davantage associés à la présence de diverses formes de détresse psychologique (Gonsalvez, 1990; Silove & al., 1997).

En relevant les différents facteurs apportés par les études citées antérieurement, il nous est apparu que les notions de solitude, de support social et d'affiliation familiale, de spiritualité et de croyances ainsi que de personnalité ou de force de l'ego, pouvaient être prises en compte dans une tentative de mesurer les raisons de vivre des réfugiés à l'aide de l'échelle IRV. En effet, les sous-échelles de cet inventaire se rattachent à trois principaux points, soit à la famille (sous-échelles de la considération pour les enfants et des responsabilités familiales), à la pratique ou aux croyances religieuses (sous-échelle des objections morales), et à la personnalité et ses diverses composantes (sous-échelle de la survie et de l'adaptation).

L'affiliation familiale : sous-échelles RF et CE

Quelques études parmi celles qui ont été citées plus haut avaient souligné que les facteurs associés au support social et à la famille pouvaient influencer l'adaptation post-traumatique (Al-Issa, 1997; Beiser, 1990; Beiser & Hyman, 1997; Fornazzari & Freire, 1995). Beiser, Turner et Ganesan (1989) ont également été d'avis que le support social provenant de la communauté et le fait d'avoir une relation conjugale intacte pouvaient faire office d'éléments modérateurs dans le développement des symptômes dépressifs, en augmentant apparemment le sens de l'identité et de l'appartenance.

Gorst-Unsworth et Goldenberg (1998), de leur côté, ont évalué 84 hommes réfugiés d'origine iraquienne et qui étaient âgés entre 18 et 59 ans. Leur recherche visait à identifier l'importance des facteurs sociaux pendant l'exil et les facteurs traumatiques pouvant produire les différents éléments de la séquelle traumatique. Ils ont découvert que la pauvreté du support social pouvait davantage être considéré comme un élément prédictif de la morbidité dépressive plutôt que faisant partie des facteurs du traumatisme. Ces auteurs ont suggéré que des programmes de réhabilitation et, surtout, une attention particulière au support social et aux tentatives de réunions familiales des réfugiés, pourraient réduire considérablement la morbidité symptomatologique des réfugiés traumatisés.

Ces études ont toutes donné à comprendre que l'affiliation familiale et les responsabilités du réfugié face à sa famille sont deux facteurs qui recèlent un certain potentiel pour lutter contre la détresse psychologique post-traumatique, d'une part, et que d'autre part l'isolement, la solitude ou la séparation de la famille constituent des facteurs qui contribuent à l'augmentation de la détresse.

La personnalité : sous-échelle SA

Quelques recherches qui ont été rapportées tout au long de notre contexte théorique ont fréquemment tenu les caractéristiques de la personnalité pour un facteur jouant un

rôle important dans l'adaptation post-traumatique (Allodi, 1991; Fornazzari & Freire, 1990; Marsella, Friedman & Spain, 1993; Ochberg, 1991; Wilson, 1989).

Selon Wilson (1994), une théorie interactive du stress traumatique reconnaît même implicitement l'importance des variables de la personnalité pour déterminer les réactions aux événements traumatiques; ces diverses variables étant la motivation, les traits, les croyances, les valeurs, les habiletés, la structure cognitive, l'humeur, les styles d'adaptation et de défense, ainsi que les propensions génétiques.

La spiritualité : sous-échelle OM

Les croyances philosophiques et religieuses auraient également un potentiel de médiateur de la détresse psychologique lorsqu'une personne est confrontée à un traumatisme (Al-Issa, 1997 ; Allden & al., 1996 ; Basoglu & al., 1994 ; Holtz, 1998 ; Marsella & al., 1993 ; Shrestha & al., 1998). Dans leur étude, Allden et al., (1996), traçant des portraits psychologiques de réfugiés birmans, ont souligné que la camaraderie entre les jeunes réfugiés (des dissidents politiques âgés entre 15 et 26 ans) ainsi que la concept bouddhiste de confiance en soi pouvaient s'associer à des taux réduits de symptômes d'évitement et de reviviscence des traumatismes; ils ont noté qu'au départ, ces deux sphères symptomatologiques et leurs manifestations étaient fortement reliées à une accumulation de traumatismes vécus. Basoglu et al. (1994) ont

mentionné également la possibilité qu'un solide système de croyances puisse protéger les victimes de la torture contre la détresse psychologique.

Shrestha et al. (1998) ont effectué une recherche auprès de 526 réfugiés du Bhoutan ayant connu la torture, comparativement à un groupe contrôle de 526 réfugiés n'ayant pas été torturés, et ont jumelé les sujets de ces deux groupes par âge et par sexe. Il est apparu que de façon significative, les réfugiés torturés souffraient davantage de symptômes post-traumatiques, dépressifs et anxieux que le groupe contrôle et que parmi les réfugiés torturés, ceux qui étaient bouddhistes semblaient moins dépressifs ou anxieux.

En tenant compte de ces diverses études relevées précédemment, nous avons été donc été amenés à penser que non seulement le support social, l'affiliation à la famille et les caractéristiques de la personnalité pouvaient contribuer à l'adaptation post-migratoire ou influencer la sévérité ou les manifestations de l'ÉSPT chez un réfugié, mais aussi la spiritualité (ou la religion) et les croyances. Ainsi, en considérant que les sous-échelles de l'IRV portent sur ces facteurs relativement semblables ou démontrant des points communs à ces variables étudiées, nous avons estimé qu'une interaction serait possible entre la détresse psychologique représentée par le degré de sévérité de l'ÉSPT et les raisons de vivre mesurées par l'IRV.

Hypothèses

Dans un essai ayant porté sur l'ÉSPT au niveau inter-culturel, Westermeyer (1989) a déclaré qu'au niveau de la recherche, il serait pressant de faire l'évaluation des facteurs aggravants et atténuateurs de l'ÉSPT dans un contexte d'ici et maintenant. Il a par ailleurs estimé que le principal avantage d'évaluer un groupe de personnes éprouvant un ÉSPT en comparaison avec un groupe provenant de la même population sans manifestations post-traumatiques, serait justement de prioriser les facteurs dits actuels (c'est à dire de l'*ici et maintenant*) et qui sont corrélatifs à l'ÉSPT.

Notre objectif initial de recherche était d'effectuer une étude comparative pairée entre réfugiés et immigrants. Les circonstances ayant fait en sorte que notre groupe d'immigrants retenu était devenu difficile à rejoindre, nous avons dû réorienter nos efforts dans une optique de recherche plus clinique, en approfondissant davantage les données cliniques que nous avons déjà recueillies auprès de notre groupe de femmes réfugiées.

En élaborant le portrait clinique de chaque participante, nous avons traité de différentes questions en regard des manifestations de détresse psychologique reliées à la nature des traumatismes vécus et en regard des pertes reliées à l'exil. Nous avons également voulu observer les différences post-traumatiques en tenant compte des contenus personnels relevés en entrevue et par l'étude de chaque cas; par ce canal, nous

avons tenté en somme de mieux comprendre la problématique d'adaptation de femmes réfugiées démontrant un état de stress post-traumatique dans un contexte d'exil. Comme l'avaient suggéré diverses recherches mentionnées précédemment, des relations entre certaines variables (par exemple, l'affiliation à la communauté ou à la famille, l'implication politique, la religion, etc.) et le niveau de détresse post-traumatique existent. Dans nos observations cliniques, nous avons donc considéré les raisons de vivre pour finalement établir la possibilité ou non de corrélations avec le degré de la détresse psychologique (ÉSPT).

Nous avons postulé, en première hypothèse, que les réfugiées ayant perdu leur famille, ou n'ayant pu être accompagnées par les membres de leur famille lors de leur exil, éprouveraient une plus grande détresse psychologique que les femmes réfugiées exilées avec leur famille ou une partie de leur famille. Nous avons ensuite postulé, en seconde hypothèse, que l'analyse des données cliniques obtenues révélerait que les femmes réfugiées de notre échantillon auraient des portraits symptomatologiques distincts (à l'exception du syndrome post-traumatique), compte tenu des différents traumatismes, de leur problématique personnelle d'immigration et des pertes vécues.

Notre troisième hypothèse se rapporte davantage à l'analyse statistique des scores fournis par les instruments de mesure. Nous avons donc postulé qu'une interaction corrélationnelle négative serait observable entre le syndrome post-traumatique et les

raisons de vivre; ainsi, plus la détresse est vive et moins les raisons de vivre seraient nombreuses.

Méthode

Le présent chapitre décrit la méthodologie utilisée pour les fins de cette recherche. Il comprend les informations concernant la population ciblée, les instruments de mesure choisis et le déroulement de l'expérimentation.

Participant^{es}

Cette étude a été réalisée auprès de femmes revendiquant le statut de réfugié au Canada; l'examen de leurs demandes étaient en cours lors du déroulement de l'expérimentation. Nos participantes ont été recrutées selon une base volontaire. Notre échantillon est constitué de réfugiées démontrant des manifestations d'ordre post-traumatique reliées à des événements vécus dans leur pays d'origine et ayant été une cause déterminante à leur exil. Plus spécifiquement, les femmes participantes devaient répondre aux critères diagnostiques d'un ÉSPT. Les entrevues auprès des réfugiées ont été effectuées dans un contexte d'évaluation psychologique effectuée en vertu de leur requête pour le statut de réfugié – contexte qui amenait les participantes à accepter et à intégrer plus facilement les conditions d'évaluation de notre présente recherche. Cette évaluation psychologique devait permettre d'établir les conséquences psychologiques des événements vécus par la personne dans son pays d'origine. Nous avons donc eu accès à un échantillon de la population ciblée par l'intermédiaire d'une psychologue

(originaire d'Amérique Latine) en pratique privée, qui obtient des mandats d'expertises psychologiques relativement aux problématiques d'immigration.

Notre échantillon comprend dix femmes réfugiées; leur âge se situe entre 22 et 50 ans, pour une moyenne de 31,1 ans. Nous n'avons pas tenu compte du pays de provenance des participantes puisque les différences culturelles, religieuses et économiques peuvent varier énormément même entre les personnes provenant d'un même pays (par exemple l'Inde). De plus, les réactions traumatiques sont indépendantes de l'origine ethnique. Pour donner tout de même une idée de la diversité des provenances des femmes de notre échantillon, mentionnons qu'une répondante provient de l'Asie, quatre sont originaires de l'Amérique du Sud ou de l'Amérique Centrale (que nous nommerons l'Amérique latine) et finalement, cinq proviennent de l'Afrique.

Instruments de mesure

Nous avons utilisé un test qui confirme l'établissement d'un diagnostic d'ÉSPT chez les répondantes, soit le *Davidson Trauma Scale* (DTS) (Davidson & al., 1997). Nous avons également utilisé le *Reasons for Living Inventory* (RFL) (Linehan & al., 1983). Les instruments de mesure sont disponibles en anglais et en français (*Échelle de Traumatisme de Davidson* et *Inventaire des Raisons de Vivre*) et nous avons utilisé ces deux versions.

Comme les participantes s'expriment dans leur langue maternelle ou en français, en anglais ou en espagnol seulement, nous avons également traduit ces outils en espagnol. Un traducteur a préparé une adaptation espagnole des deux tests et la psychologue qui avait obtenu les mandats initiaux d'évaluation a vérifié cette traduction afin de s'assurer qu'elle soit parfaitement intelligible aux femmes originaires de l'Amérique latine qui désiraient participer à notre enquête. Toutes les versions des tests sont présentées en Appendice B.

L'Échelle de Traumatisme de Davidson

L'Échelle de Traumatisme de Davidson (ÉTD) est un outil d'évaluation qui a été créé par Jonathan R. T. Davidson et ses collaborateurs (1997) dans sa version originale anglaise du *Davidson Trauma Scale* à partir d'expériences traumatiques diverses et en se basant sur les critères diagnostiques ainsi que sur la symptomatologie de l'ÉSPT du DMS-IV. L'ÉTD a été traduite en 1998 par le distributeur (Multi Health Systems Inc.) du DTS à partir de la version originale anglaise. La version française n'a pas encore été soumise à des contrôles par rapport à sa validité et à sa consistance interne.

L'ÉTD est un court questionnaire qui demande à une personne de répondre à des questions relatives au traumatisme qui fut le plus bouleversant pour elle. Le sujet doit répondre à 17 questions qui correspondent aux divers critères diagnostiques d'un ÉSPT, en donnant pour chaque symptôme éprouvé pendant la semaine antérieure une valeur

selon une échelle de type Lykert. Les valeurs de la fréquence des symptômes varient de 0 (pas du tout) à 4 (tous les jours) et les valeurs de la gravité des symptômes varient de 0 (pas du tout pénible) à 4 (extrêmement pénible).

Il devient ainsi possible de déterminer par un score global la probabilité de la présence d'un ÉSPT chez chaque personne évaluée. Lorsque le score total atteint 62 (sur un maximum de 136), le rapport des personnes éprouvant un ÉSPT versus les personnes ne démontrant pas d'ÉSPT ne se calcule plus, car le groupe non-ÉSPT a une fréquence nulle. Donc, à partir d'un score plus élevé que 62, la personne évaluée présente un ÉSPT avec une forte probabilité.

L'ÉTD peut également fixer des notes relatives à la fréquence et à la gravité des symptômes, et ainsi témoigner de l'évolution du syndrome chez la personne traumatisée lorsque l'échelle est réadministrée après un certain temps. Il est également possible d'obtenir des sous-scores aux critères diagnostiques d'un ÉSPT qui sont regroupés en trois catégories de symptômes : 1) l'intrusion ou la reviviscence des traumatismes; 2) l'évitement et l'inertie; et 3) l'hyperexcitation ou l'activation neurovégétative.

Dans une étude sur l'ÉSPT chez des personnes ayant été victimes de diverses expériences traumatiques, Davidson et ses collaborateurs (1997) ont démontré que les propriétés psychométriques de la version originale anglaise du DTS étaient adéquates en calculant les données qui suivent et qui peuvent également être trouvées dans le manuel

d'instruction du DTS. La consistance interne de ce test montre un coefficient alpha de 0.99 pour le score total, et des coefficients de 0.97 pour la fréquence et de 0.98 pour la gravité. Une évidence de consistance temporelle de deux semaines a été évaluée à 0.86 pour le score total. Des scores de validité de construit ont également été amenés par le support de fortes corrélations de $r=0.78$ ($p < 0.0001$) avec le *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)*, de $r=0.64$ ($p < 0.0001$) avec le *Impact of Events Scale (IES)*, et de $r=0.65$ avec la sous-échelle d'anxiété du *Symptom Checklist 90-Revised (SCL-90-R)*.

Zlotnick, Davidson, Shea et Pearlstein (1996) ont effectué une étude en utilisant le DTS auprès de 50 femmes survivantes d'abus sexuels pendant leur enfance. Le coefficient alpha de Cronbach recueilli était alors de 0.93 et des coefficients alpha de 0.85, 0.83 et 0.87 pour les valeurs respectives d'intrusion, d'évitement et d'hyperexcitation avaient également été obtenus. Les participantes de l'étude avaient été réévaluées après avoir fréquenté un groupe de traitement de quinze semaines, comparativement à un autre groupe qui avait été placé sur une liste d'attente; les résultats ont démontré que le DTS avait la capacité de détecter les effets du traitement.

Une autre recherche a utilisé le DTS pour vérifier l'efficacité d'un traitement pharmacologique chez des personnes éprouvant un ÉSPT (Marshall & al., 1998). Ce traitement a permis de réaliser des améliorations significatives chez les sujets traités, et les scores aux trois sous-échelles du DTS (évitement, reviviscence et activation neurovégétative) enregistraient une réduction totale de 48%.

L'Inventaire des Raisons de Vivre

L'Inventaire des Raisons de Vivre (IRV) est un outil construit initialement par Linehan et al. (1983) dans sa version originale anglaise du *Reasons For Living Inventory* (RFL). Cet outil tente d'établir les raisons de vivre ou les raisons qui empêchent une personne de commettre un suicide lorsque celle-ci traverse une période de crise. Ses auteurs ont voulu tester la théorie émanant de Frankl (1959, 1988) qui avait estimé qu'une personne peut trouver un sens à sa vie et conserver ses attentes et ses espoirs pour l'avenir, malgré les événements stressants de la vie et les épreuves qui lui sont infligées.

L'IRV est constitué de 48 items. On demande à la personne interrogée de positionner ses raisons de vivre ou plus spécifiquement les raisons qui l'empêcheraient de commettre le suicide sur une échelle de type Lykert en donnant un chiffre variant de 1 (pas du tout importante ou ne s'applique pas) à 6 (tout à fait importante). Les résultats sont évalués selon 6 sous-échelles différentes. Ces sous-échelles sont : la survie et l'adaptation (SA / 24 items), les responsabilités familiales (RF / 7 items), les considérations pour les enfants (CE / 3 items), la peur du suicide (PS / 7 items), la peur de la désapprobation sociale (DS / 3 items) et les objections morales (OM / 4 items). Les scores des sous-échelles sont donc quantifiables. Les coefficients alpha calculés par Linehan et al. (1983) étaient à l'origine de 0.72 à 0.89 pour les différentes sous-échelles, ce qui indique que celles-ci ont une consistance interne adéquate.

Selon Osman, Jones et Osman (1991), l'IRV démontre des propriétés psychométriques adéquates avec des coefficients alpha entre 0.79 et 0.91 pour les sous-échelles et un coefficient total de 0.70. Ces auteurs ont calculé également des coefficients de stabilité temporelle de 0.75 à 0.85 pour les sous-échelles, avec un intervalle de trois semaines lors d'une étude menée auprès de 110 sujets ayant une moyenne d'âge de 20 ans. Dans une recherche menée auprès de 80 étudiants afro-américains, Westefeld & al. (1996) ont démontré que l'IRV menait à bien son objectif de prédiction du risque suicidaire.

La version originale du RFL a été traduite par Labelle, Lachance et Morval (1996) selon des étapes transculturelles reconnues. Ces auteurs ont ainsi procédé à une traduction renversée parallèle, à l'évaluation et à un pré-test de la version expérimentale; ils ont enfin procédé aux analyses de fidélité et de validité de construit par la passation du test à 300 étudiants francophones, et des coefficients alpha des sous-échelles variant de 0.72 à 0.93 ont été obtenus.

Déroulement de l'expérimentation

Tout d'abord, les participantes étaient rencontrées dans un cadre d'évaluation psychologique. Les entrevues d'évaluation et la passation des tests généralement applicables pour le mandat d'évaluation pouvaient varier d'une durée de sept à dix

heures, incluant la passation des instruments de mesure de cette recherche. Pour évaluer globalement l'état psychologique des participantes, nous avons conservé les observations des entrevues semi-structurées afin d'établir les nombreux aspects de la détresse psychologique chez les réfugiées, et afin aussi de corroborer la présence d'un ÉSPT. Le déroulement de l'évaluation et de l'expérimentation ont été exécutés dans la langue parlée par la participante. Lorsque la personne ne parlait exclusivement que l'espagnol, les entrevues et la passation des tests ont été réalisées par la psychologue d'origine latino-américaine.

Les entrevues débutaient par l'établissement d'un climat de confiance avec les participantes. Il était utile de spécifier l'objectivité et les buts de l'évaluation psychologique. Elles étaient rassurées de savoir que la place était ouverte à l'expression des émotions comparativement au stress auquel elles seraient confrontées lors de leur audition à l'immigration. Ensuite, nous abordions la symptomatologie et les participantes pouvaient exprimer leurs malaises. Nous pouvions orienter les questions pour vérifier la présence des critères diagnostiques de l'ÉSPT inscrits au DSM-IV et faire le survol des autres indices psychopathologiques. Lorsque la présence d'un ÉSPT apparaissait évidente, nous procédions à la passation des instruments de mesure pour la présente recherche après avoir obtenu le consentement de la personne. Comme l'ÉTD est à même de fournir des renseignements intéressants par rapport à la symptomatologie éprouvée, cet outil pouvait être administré dès les premières heures d'entrevues.

Cependant, l'IRV était systématiquement présenté à la toute fin des entrevues pour ne pas contaminer le mandat d'évaluation psychologique.

Après l'étude de la symptomatologie ou pendant cette étape, nous pouvions aborder les traumatismes vécus. Les contenus traumatiques plus difficiles (par exemple, les viols) étaient abordés selon les limites de la personne à vouloir les évoquer. Plusieurs participantes ont apprécié le soulagement apporté par les premières heures d'entrevues et elles étaient plus disposées à livrer les contenus traumatiques après avoir exprimé leur détresse. Finalement, l'enquête de l'anamnèse globale débutait. Nous voyions les étapes de l'enfance, la scolarité, l'intégration sociale et les liens familiaux, le milieu professionnel et davantage. Le contexte d'exil et l'expérience de vie post-migratoire étaient aussi questionnés.

Cependant, les étapes des entrevues pouvaient se chevaucher et s'entrecroiser. Le mot d'ordre pour orienter les entrevues était initialement de suivre le rythme de la personne pour finalement aller plus en profondeur au fil des rencontres, tant pour les traumatismes vécus que pour la symptomatologie ressentie. Pour la passation des tests, il a fallu parfois assister les participantes pour une meilleure compréhension des questions de l'ÉTD et de l'IRV. Les consignes des instruments de mesure étaient lues par la personne rencontrée, et certaines explications pouvaient être fournies au besoin. Finalement, la cueillette de données se terminait lorsque tous les renseignements nécessaires à l'évaluation psychologique et aux besoins de la recherche étaient obtenus.

Résultats

Analyse des données

Ce chapitre traite des résultats obtenus suite aux entrevues cliniques et à l'administration de l'ÉTD et de l'IRV auprès des dix (10) femmes réfugiées constituant notre échantillon de recherche.

Tout d'abord, nous décrivons comment nous avons effectué nos analyses de données cliniques et statistiques. Nous entamerons ensuite la présentation de nos résultats par une description des observations cliniques que nous avons faites au travers de nos entrevues et nous tracerons le portrait de chaque participante en y incluant les scores obtenus à l'ÉTD et à l'IRV. Nous fournirons en dernier lieu les résultats de nos analyses statistiques.

Pour ce qui est de tracer le portrait de chaque participante, nous procéderons ainsi : nous commencerons par un résumé de l'anamnèse et des événements traumatiques vécus, en nous servant des principales données cliniques relevées en entrevue. Il est à noter qu'outre l'ÉSPT, ces données peuvent faire ressortir du vécu des femmes que nous avons rencontrées d'autres problématiques de détresse psychologique (par exemple, un épisode dépressif). Nous terminerons chaque portrait par les résultats bruts obtenus par chaque participante à l'ÉTD et à l'IRV. Nous croyons que ce type de

présentation de données cliniques sera à même de jeter les meilleures bases possibles pour une compréhension approfondie et globale de l'ensemble de nos données, en vue de l'analyse des résultats cliniques que nous effectuerons dans le prochain chapitre.

Les résultats des sous-scores à l'ÉTD et à l'IRV sont décrits à l'aide d'acronymes. Pour l'ÉTD, six catégories sont offertes. Nous rappelons que les sous-scores sont relatifs aux critères diagnostiques de l'ÉSPT et sont divisés par les trois principaux regroupements de symptômes. Il s'agit donc des symptômes d'intrusion (ou reviviscence des traumatismes), des symptômes d'évitement et des symptômes d'activation (ou hyperexcitation) neurovégétative. Les résultats représentent, par conséquent, les cotes attribuées par chaque personne évaluée en regard de la fréquence et de la gravité de chacun des symptômes éprouvés pendant la semaine précédant la passation du test. Les acronymes et les scores maximaux pour chacune des catégories sont présentés au tableau 1.

Pour décrire les résultats obtenus à l'IRV, nous avons également utilisé des acronymes correspondants aux sous-échelles. Puisque le nombre d'items par sous-échelle varie, chacune des sous-échelles peut avoir un score maximal différent; mais il nous faut ensuite le diviser par le nombre d'items relatifs à chaque sous-échelle; un score pouvait ainsi atteindre, au plus, 6. Le score total à l'IRV est également calculé de cette façon. Les acronymes utilisés pour les sous-échelles sont présentés au tableau 2.

Tableau 1

Descriptions des acronymes utilisés pour les sous-scores à L'ÉTD

Acronymes	Significations	Score maximal possible
FI	Fréquence des symptômes d'intrusion	20
GI	Gravité des symptômes d'intrusion	20
FE	Fréquence des symptômes d'évitement	28
GE	Gravité des symptômes d'évitement	28
FH	Fréquence des symptômes d'hyperexcitation	20
GH	Gravité des symptômes d'hyperexcitation	20

Tableau 2

Descriptions des acronymes utilisés pour les sous-échelles de L'IRV

Acronymes	Significations
SA	Survie et Adaptation
RF	Responsabilités familiales
CE	Considérations pour les enfants
PS	Peur du suicide
DS	Peur de la désapprobation sociale
OM	Objections morales

Les résultats des entrevues cliniques ainsi que les observations recueillies ne seront pas analysés statistiquement. Les analyses statistiques se feront à partir des scores bruts à l'ÉTD et à l'IRV des participantes. Pour les besoins de l'étude, nous avons effectué des analyses statistiques non-paramétriques, parce que la petitesse de notre échantillon (N=10) exigeait de telles analyses; c'est ainsi que nous avons utilisé la méthode corrélative de Spearman.

Les données brutes ont été préalablement manipulées, car une sous-échelle de l'IRV pouvait présenter des problèmes. En effet, la sous-échelle CE (considération pour les enfants) pouvait obtenir des scores de 1 (*pas du tout* ou *ne s'applique pas*) dans les cas où la participante n'avait pas d'enfant. Ainsi, nous avons soustrait les scores des items relatifs à cette sous-échelle avant de procéder aux analyses statistiques. Cependant, nous avons conservé ces données pour la présentation et l'interprétation des résultats cliniques.

Présentation des résultats

Pour chaque personne évaluée, nous allons présenter son anamnèse, les points qui nous ont paru déterminants à l'établissement d'un diagnostic d'ÉSPT et, enfin, une revue de la symptomatologie ressentie par chacune; un tableau récapitulatif tracé pour chacune des participantes est donné en Appendice C. Suivront ensuite les résultats de nos analyses statistiques.

Analyses des observations cliniques

Portrait A. Tina est une jeune femme d'origine africaine. Elle est âgée de 24 ans lors de l'évaluation. Elle est célibataire, mère d'un enfant et elle est enceinte de son second enfant. Tina était très impliquée sur le plan religieux et elle possède une scolarité de niveau secondaire. Sa première grossesse est survenue tout juste après l'âge de 16 ans, dans un contexte hors-mariage. Lorsqu'elle était dans son pays d'origine, un membre de la famille proche avait pris en charge son enfant, mais elle conservait des contacts avec celui-ci. À ce jour, l'enfant est demeuré dans son pays d'origine et Tina n'a aucun membre de sa famille au Canada.

Initialement, Tina repoussait l'idée d'une participation à l'évaluation psychologique qui devait lui servir dans sa revendication au statut de réfugié. Elle ne se présentait pas aux rendez-vous ou elle trouvait diverses raisons pour motiver son impossibilité à se présenter. Finalement, l'évaluation psychologique a débuté avec quelques mois de retard. C'est ainsi qu'elle a pu participer à la présente étude.

Lors de l'évaluation, nous apprenons que Tina a été mise en état d'arrestation et emprisonnée pendant plusieurs semaines. Pendant cette période d'emprisonnement, Tina n'a pas subi de violence physique ou sexuelle. Elle a connu un climat de terreur et des conditions d'emprisonnement dégradantes. Elle a vu des femmes de sa cellule être emmenées ailleurs, sans jamais les voir revenir par la suite. Une rumeur circulait à

l'effet que ces femmes étaient emmenées pour être violées et probablement tuées par les autorités de la prison.

Tina a réussi à fuir cette prison avec l'aide d'un proche. Pendant son emprisonnement, elle avait développé des symptômes physiques d'une importante gravité et qui ont nécessité beaucoup de soins après sa fuite. Tina a quitté son pays d'origine deux semaines après sa fuite de la prison et elle est arrivée au Canada.

Depuis son arrivée, elle habite chez une personne qui connaît sa famille dans son pays d'origine. Peu de temps après son arrivée, Tina a fait la connaissance d'un homme qui est devenu le père de son futur enfant. Elle n'entretient plus vraiment de contacts avec lui au moment de l'évaluation.

En entrevue, Tina semble avoir une attitude de résignation et de fermeture. Elle ne s'ouvre pas facilement et parle peu de ce qu'elle ressent. Elle explique qu'elle a des cauchemars relatifs à son arrestation et à son emprisonnement. Des souvenirs l'envahissent et elle devient soudainement distraite. Elle a des sautes d'humeur; elle ressent parfois de la tristesse, de l'irritabilité ou de l'anxiété. Tina a dû être hospitalisée à plusieurs reprises à cause de problèmes gastriques. Elle est d'avis que ces problèmes surgissaient lorsqu'elle se mettait à avoir des souvenirs trop envahissants des événements traumatiques qu'elle a vécus.

Sur le plan social, Tina évite d'être en relation avec les autres ou de participer à des activités de groupe, mais elle obtient un certain support de la personne qui l'héberge. Elle pratique sa religion en lisant la Bible, et cela lui apporte un certain réconfort. Elle souhaite que le bébé à venir pourra la rendre plus heureuse et lui redonner une raison de vivre. Elle aimerait occuper un travail pour se sentir utile. Présentement, elle éprouve un sentiment d'inefficacité et de solitude. Elle se sent triste par rapport à la perte de sa famille et à cause de la distance entre eux.

Lors de l'évaluation, Tina répondait aux critères diagnostiques d'un ÉSPT. Le score total obtenu à l'ÉTD et qui mentionne la forte probabilité d'un ÉSPT actuel chez Tina a pu être corroboré par les données cliniques. Des éléments de somatisation sont également relevés (troubles gastriques et maux de tête). Aucune idéation suicidaire n'est apparue. Tina semble répondre aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif.

Les scores de Tina à l'ÉTD sont les suivants : FI = 16; GI = 20; FE = 24; GE = 23; FH = 16; GH = 20. Les sous-scores totaux pour l'intrusion, l'évitement et l'hyperexcitation sont de 36, 47 et 36 respectivement. Le score total à l'ÉTD est de 119. Ces scores présentent une répartition plutôt constante entre les symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperexcitation (90%, 83,9%, 90%).

Les scores de Tina à l'IRV sont les suivants : SA = 5,21; RF = 5,29; CE = 6; PS = 4,86; DS = 3,67; OM = 6. Le score total à l'IRV est de 5,19.

Tina a obtenu un score relativement élevé à l'ÉTD. La détresse engendrée par les symptômes est vive. La gravité des symptômes est légèrement supérieure à la fréquence. Lorsque nous observons les scores fournis à l'IRV, les principales raisons de vivre sont associées aux OM, aux CE et aux RF. Le score total de Tina pour l'IRV est assez élevé; ce qui laisse croire qu'elle conserve de nombreuses raisons de vivre pour ne pas commettre le suicide. Le score à la sous-échelle SA est élevé. Cette sous-échelle est le meilleur indice pour connaître le risque de passage à l'acte; si le score était bas, le risque devrait être pris en considération. En entrevue, elle n'a pas soulevé la présence en elle d'idées suicidaires. Elle a expliqué qu'elle obtenait du support à sa détresse par la pratique religieuse, et le sous-score OM élevé pourrait témoigner de ce mécanisme d'adaptation. Finalement, on serait autorisé à penser que la naissance prochaine du bébé et le fait que son premier enfant soit demeuré dans son pays d'origine pourraient constituer des raisons de vivre supplémentaires (sous-échelles RF et CE démontrant des scores élevés).

Portrait B. Monique est d'origine latino-américaine et elle est âgée de 39 ans. Elle possède une scolarité de niveau collégial. Dans son pays d'origine, elle occupait un travail de bureau. Elle vivait avec un conjoint, mais elle n'a pas d'enfant. Depuis la fin de ses études, elle n'a pas cessé de travailler. Avant les traumatismes, elle se voyait comme une femme communicative et joyeuse, mais tout de même timide.

Lorsque Monique se présente aux entrevues, elle a l'air tendue. Elle a une démarche lente et ne semble pas porter d'intérêt à son allure physique. Son ton de voix est bas et si elle semble effectivement timide, elle nous paraît surtout triste et apeurée. Nous apprenons que Monique a été kidnappée et séquestrée suite à des événements d'origine politique survenus avec son conjoint. Elle fut relâchée le lendemain. Pendant la séquestration, Monique a été victime d'agressions physiques (coups) qui ont nécessité une période d'hospitalisation de plusieurs jours. Elle n'a pas subi de traumatisme sexuel. Nous pouvons comprendre que les traumatismes ont débuté quelques jours avant cette séquestration, car son conjoint avait reçu des menaces et il était disparu. Lors de l'évaluation, elle ne savait toujours pas ce qu'il était advenu de lui.

Après son hospitalisation, Monique a préparé rapidement son exil. Elle a pu rejoindre un membre de sa famille immédiate qui est établi au Canada. Elle habite actuellement avec cette personne et sa famille. Monique explique qu'elle a souvent peur. Elle a des cauchemars et elle se réveille en sursaut, toute effrayée. Elle n'arrive pas à fonctionner seule parce que trop de souvenirs l'envahissent alors et la tourmentent. Elle évite de sortir et il lui arrive d'annuler les rendez-vous pour ces raisons. Depuis les traumatismes, Monique éprouve diverses manifestations somatiques et une réapparition d'un symptôme qui s'était résorbé depuis quelques années. Elle réalise qu'elle est toujours triste et sans vie. Elle se demande si elle peut mourir de la dépression. Les observations cliniques nous permettent de voir qu'elle répond aux critères diagnostiques de la dépression. Elle n'a cependant aucune idéation suicidaire franche.

Les scores de Monique à l'ÉTD sont les suivants : FI = 15; GI = 18; FE = 27; GE = 27; FH = 17; GH = 16. Les sous-scores totaux pour l'intrusion, l'évitement et l'hyperexcitation sont de 33, 54 et 33 respectivement. Le score total à l'ÉTD est de 120. Ces scores représentent une différence plutôt marquée pour l'évitement (96,4%) comparativement à l'intrusion (82,5%) et l'hyperexcitation (82,5%).

Les scores de Monique à l'IRV sont les suivants : SA = 4,79; RF = 4,71; CE = 1; PS = 4; DS = 2,67; OM = 3,25. Le score total à l'IRV est de 4,17.

Le score total de Monique à l'ÉTD est l'un des plus élevés parmi le groupe de notre recherche. Sa détresse psychologique est vive et est rapidement observable en entrevue. La fréquence et la gravité des symptômes cotés à l'ÉTD sont élevés. Les symptômes d'évitement semblent légèrement plus présents; nous pouvons aussi le remarquer par le fait qu'elle évite les rencontres d'évaluation pour ne pas raconter son histoire et revivre le traumatisme. Elle évite les sorties, car le simple fait de sortir provoque en elle un sentiment de panique. La reviviscence des traumatismes et l'hyperexcitation neurovégétative sont aussi très présentes en elle.

Les sous-scores de Monique à l'IRV révèlent deux points importants : elle semble accorder plus de raisons de vivre aux RF et à la SA. Comme elle vit actuellement avec un membre de sa famille et qu'elle espère toujours des nouvelles de

son conjoint, nous pouvons comprendre pourquoi le score RF est élevé. D'autre part, nous pouvons concevoir pourquoi la SA est élevée, car Monique nous assure qu'elle était une personne débrouillarde et entreprenante avant les traumatismes : elle évoque elle-même des souvenirs agréables quant à son fonctionnement global antérieur aux traumatismes.

Portrait C. Guylaine est âgée de 50 ans. Elle est originaire d'Amérique Latine où elle y exploitait un commerce. Elle possède des études de niveau secondaire. Elle a eu deux enfants de deux unions différentes. Après les traumatismes, elle a fui seule son pays, laissant derrière elle son conjoint et ses enfants (adultes). En entrevue, Guylaine exprime sa souffrance par les pleurs et la colère. Elle arrive à nous manifester sa confiance, avec le temps.

Guylaine nous a confié qu'elle avait été victime de menaces avant d'avoir été kidnappée et séquestrée pour rançon. La séquestration a duré plus d'un mois. Elle a vécu un état de privations sous le contrôle coercitif de ses agresseurs. Elle a également été victime de viols. Elle a pu finalement être libérée et n'a pas reçu de soins hospitaliers malgré son état physique et psychique lamentable. Elle a quitté son pays peu de temps après les traumatismes. L'exil lui a été particulièrement difficile, parce qu'on lui a refusé l'accès dans un autre pays.

Guylaine fait à grand'peine mention des traumatismes qu'elle a vécus. Elle n'en élabore pas beaucoup le récit, car elle considère qu'un ou plusieurs viols ont les mêmes conséquences. Elle avait également évité de parler de ces traumatismes au corps médical qu'elle a déjà rencontré, parce qu'elle se sentait honteuse. Cet effort d'évitement semble lui apporter une certaine force de résistance contre la détresse. Elle exprime de la tristesse, mais elle démontre une assez solide capacité à se contrôler et à gérer ses émotions. Cependant, Guylaine souligne qu'elle ressent très souvent de la méfiance, de la colère et des peurs face aux figures masculines. Dans une situation où elle a eu l'impression de revivre le traumatisme, elle a fait une crise de panique. Elle exprime aussi un profond sentiment de solitude, car sa famille est demeurée dans son pays d'origine.

Les scores de Guylaine à l'ÉTD sont les suivants : FI = 10; GI = 14; FE = 13; GE = 16; FH = 16; GH = 20. Les sous-scores totaux pour l'intrusion, l'évitement et l'hyperexcitation sont de 24, 29 et 36 respectivement. Le score total à l'ÉTD est de 89. Ces scores représentent une différence plutôt élevée pour les symptômes d'hyperexcitation (90%) comparativement aux symptômes d'intrusion et d'évitement (60%, 51,8%)

Les scores de Guylaine à l'IRV sont les suivants : SA = 5,42; RF = 5,43; CE = 5,67; PS = 2,86; DS = 4,67; OM = 4,25. Le score total à l'IRV est de 4,92.

Guylaine ne semble pas répondre aux critères diagnostiques de la dépression. Elle éprouve une détresse psychologique reliée aux traumatismes et à l'adaptation post-migratoire, mais sans toutefois montrer un profil dépressif d'isolement et de retrait social, ou d'humeur dépressive. La symptomatologie en est essentiellement une d'anxiété, avec des composantes d'inertie et d'évitement post-traumatiques, comme le souligne la prépondérance des sous-scores à l'ÉTD. Au niveau des raisons de vivre, Guylaine obtient des scores élevés aux trois sous-échelles « positives », soit à SA, RF et CE. Le score total à l'IRV de Guylaine est l'un des plus élevés du groupe, alors que son score total à l'ÉTD est l'un des plus bas.

Portrait D. Linda est originaire de l'Amérique Latine. Elle est âgée de 33 ans et elle est célibataire, sans enfant. Elle a fui son pays d'origine pour obtenir refuge au Canada; elle est hébergée chez un membre de sa famille immédiate. Linda occupait un travail professionnel depuis la fin de ses études de niveau universitaire. C'est à partir de son occupation qu'elle a été confrontée à des événements traumatiques : un collègue de travail lui a fait part de son affiliation politique, Linda a ensuite été mise en état d'arrestation lors d'un contrôle d'identité, a été interrogée au sujet des allégeances politiques de son collègue, a été frappée violemment et a perdu conscience. Elle aurait été violée pendant son état d'inconscience. Elle a été libérée quelques jours plus tard et elle s'est réfugiée chez sa famille élargie. Pendant ce temps, elle a pu apprendre qu'elle était recherchée par les autorités pour être questionnée à nouveau. Elle a alors quitté son pays; tout cela, c'était durant le mois où ont eu lieu ces traumatismes.

Linda explique qu'elle éprouve diverses craintes depuis les événements traumatiques. Elle a peur des hommes et elle est inquiète pour les membres de sa famille. Elle est envahie par les souvenirs de l'arrestation et elle se sent impuissante. Pour tenter d'oublier ces images, elle se concentre à diverses activités et au travail. Elle réalise qu'elle a vécu beaucoup de pertes liées à l'exil (famille, statut social, relation affective, paix intérieure et joie de vivre).

Les scores de Linda à l'ÉTD sont les suivants : FI = 13; GI = 16; FE = 19; GE = 20; FH = 19; GH = 17. Les sous-scores totaux pour l'intrusion, l'évitement et l'hyperexcitation sont de 29, 39 et 36 respectivement. Le score total à l'ÉTD est de 104. Ces scores représentent une différence plutôt élevée pour les symptômes d'hyperexcitation (90%) comparativement aux symptômes d'intrusion et d'évitement (72,5%, 69,6%).

Les scores de Linda à l'IRV sont les suivants : SA = 4,08; RF = 4,29; CE = 1; PS = 3,71; DS = 3; OM = 3,5. Le score total à l'IRV est de 3,96.

D'après les affirmations de Linda, nous pouvons comprendre pourquoi elle éprouve un degré élevé d'anxiété (peurs diverses). Elle cherche à éviter les souvenirs mais n'y arrive pas : ses dires correspondent aux résultats obtenus à l'ÉTD. Nous pouvons aussi penser que son hyperexcitation neurovégétative est influencée à la hausse

par ses inquiétudes reliées aux menaces qui lui ont été adressées subséquemment aux traumatismes ainsi qu'à sa famille. Les raisons de vivre élaborées à l'IRV (RF et SA) obtiennent des scores plus élevés : ce qui peut être expliqué par le fait qu'avant les traumatismes, Linda possédait un statut social intéressant et enrichissant, et qu'elle demeurait près de sa famille.

Portrait E. Marie est d'origine africaine. Elle est âgée de 35 ans lors de l'évaluation et elle est enceinte (deuxième trimestre). Marie a complété des études de niveau universitaire dans son pays d'origine. Elle occupait un travail de fonctionnaire. Depuis le début de son adolescence, Marie était très impliquée au plan religieux. Peu de temps avant les événements traumatiques, elle vivait également une relation affective significative, mais son conjoint a disparu et elle n'a plus eu de nouvelles de lui.

Comme son père travaillait au sein du gouvernement, il a quitté le pays lorsque la situation politique s'est détériorée. Marie a pu avoir des contacts avec son père avec l'aide d'un messenger. Lorsque le messenger a été arrêté en possession de renseignements sur Marie, celle-ci a été mise en état d'arrestation et emprisonnée pendant plus d'un mois. Elle explique que les conditions d'emprisonnement étaient épouvantables. Elle a été témoin de viols envers d'autres prisonnières (des femmes et des jeunes filles). Marie a elle-même été victime de viols répétés. Elle a pu sortir de la prison lorsque son état physique nécessitait des soins et avec l'aide d'un membre de la famille élargie. Au lieu de se présenter à l'hôpital, Marie a obtenu des soins chez un proche. Peu de temps

après, elle a fui le pays. Après sa sortie de prison, elle a appris que les membres de sa famille immédiate avaient été tués.

Lorsque Marie est arrivée au Canada, elle a fait la connaissance d'un homme. Elle a eu une relation sexuelle avec cet homme et elle est devenue enceinte. Cet homme n'a par reconnu sa paternité et a coupé tout contact avec Marie. Celle-ci a alors décidé de poursuivre sa grossesse. Pour décider de garder l'enfant, elle a tenu compte de son âge avancé et du fait qu'elle était désormais la seule membre de sa famille en vie.

En entrevue, Marie exprime sa détresse. Elle pleure et éclate en sanglots. Sa reviviscence des traumatismes est vive. Elle éprouve divers malaises somatiques (maux de tête, douleurs physiques, étourdissements). L'hyperexcitation neurovégétative se manifeste chez elle par des peurs et de l'anxiété, et les indices dépressifs sont surtout reliés à la reviviscence des traumatismes.

Depuis son arrivée, Marie a obtenu du soutien de la communauté religieuse et des services sociaux. Cela a procuré un certain apaisement à sa détresse. Il semble que la pratique de la religion et la venue prochaine de son enfant lui donnent le moyen de lutter contre la dépression.

Les scores de Marie à l'ÉTD sont les suivants : FI = 11; GI = 18; FE = 17; GE = 25; FH = 12; GH = 18. Les sous-scores totaux pour l'intrusion, l'évitement et

l'hyperexcitation sont de 29, 42 et 30 respectivement. Le score total à l'ÉTD est de 101. Ces scores représentent une répartition plutôt constante entre les symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperexcitation (72,5%, 75%, 75%).

Les scores de Marie à l'IRV sont les suivants : SA = 3,21; RF = 3,71; CE = 4; PS = 3; DS = 1; OM = 5,25. Le score total à l'IRV est de 3,33.

Marie a obtenu des sous-scores constants à l'ÉTD. Nous avons pu observer que Marie a présenté de multiples symptômes post-traumatiques lors des entrevues. La gravité des symptômes est évaluée comme étant plus forte que la fréquence. Marie nous avait expliqué d'emblée que la religion et l'arrivée du bébé représentaient des points qui lui apportaient du réconfort, ce qui se traduit par les scores élevés obtenus aux sous-échelles OM et CE.

Portrait F. Judith est une jeune femme âgée de 22 ans et originaire de l'Afrique. Elle a complété des études de niveau secondaire. Elle s'est établie seule au Canada. Judith a connu des événements traumatiques d'une gravité extrême et s'étalant sur une longue période. Elle a fait face à un conflit ethnique où les membres de sa famille immédiate et éloignée ont été tués. Seul le plus jeune membre de sa fratrie a été épargné. Judith a également été victime de viol. Après cet épisode, Judith et le plus jeune de la fratrie se sont réfugiés chez des connaissances dans un autre pays. Encore là, Judith a subi des sévices de la part de l'homme de la famille. Elle a alors quitté ce

premier pays pour trouver refuge au Canada, laissant derrière elle le seul membre survivant de sa famille.

Au Canada, Judith a vécu d'autres événements pénibles. Elle avait pu établir un lien de confiance avec un homme qui la représentait au niveau des instances d'immigration, cet homme a rompu ce lien de confiance en la harcelant sexuellement. D'autre part, elle avait suivi une courte formation pour travailler en milieu de santé, mais la reviviscence des traumatismes devenait insupportable lorsqu'elle occupait ses fonctions auprès de la clientèle. Judith conserve l'espoir de faire des études dans un domaine professionnel et de faire venir le plus jeune de la famille. Elle considère ce membre de la fratrie comme son propre enfant depuis que toute sa famille a été exécutée.

En entrevue, Judith est réservée et timide. Elle paraît abattue et résignée. Elle se réfugie souvent dans un long silence et elle éprouve de violents maux de tête ou des nausées en abordant les événements traumatiques. Judith répond aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif. Quant aux manifestations post-traumatiques, la reviviscence des traumatismes et l'hyperexcitation neurovégétative sont évidentes, même en entrevue. Elle fait également part de cauchemars fréquents, de réactions de sursauts et de peurs diverses. Il a fallu instaurer un climat de confiance avant qu'elle puisse dévoiler les traumatismes. Lorsqu'elle a pu nous rapporter ses expériences traumatiques, Judith a paru se libérer d'un poids et nous a laissé voir sa détresse.

Les scores de Judith à l'ÉTD sont les suivants : FI = 15; GI = 20; FE = 22; GE = 16; FH = 20; GH = 18. Les sous-scores totaux pour l'intrusion, l'évitement et l'hyperexcitation sont de 35, 38 et 38 respectivement. Le score total à l'ÉTD est de 111. Ces scores représentent une répartition plutôt inégale entre les symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperexcitation (87,5%, 67,9%, 95%). Les symptômes d'évitement moins élevés sont à noter.

Les scores de Judith à l'IRV sont les suivants : SA = 2,58; RF = 1,57; CE = 2,33; PS = 2,71; DS = 1,67; OM = 2,5. Le score total à l'IRV est de 2,38.

Judith a obtenu l'un des scores totaux les plus faibles de notre groupe à l'IRV. Les scores aux différentes sous-échelles ne présentent pas de variation importante. On note des scores à l'échelle CE et RF qui semblent témoigner de la responsabilité dont elle se sent investie envers le plus jeune membre de sa fratrie qui est le seul survivant. Son score à l'échelle SA est l'un des plus élevés. Nous avons pu remarquer que Judith exprimait une importante détresse, mais elle conservait tout de même un objectif pour l'avenir : les études. Quant à l'ÉTD, Judith a obtenu des sous-scores importants en regard de la reviviscence des traumatismes et de l'hyperexcitation neurovégétative. La fréquence et la gravité des symptômes sont relativement égales et élevées.

Portrait G. Elen est une jeune femme d'origine africaine âgée de 23 ans lors de l'évaluation. Elle a complété des études de niveau collégial. Elle est seule et sans enfant. Dans son pays d'origine, Elen vivait avec sa famille et sa fratrie.

À partir des entrevues, nous apprenons que Elen a été arrêtée avec sa famille. Elle a été témoin de l'assassinat de son père et de sa fratrie. Elle a été amenée en prison avec sa mère et toutes deux ont été violées. Sa mère est décédée suite aux viols. Elen a été transportée à l'hôpital où elle est demeurée quelques jours sous la surveillance des autorités. Elle a réussi à fuir cet hôpital en utilisant un déguisement. Elle s'est réfugiée chez une communauté religieuse pendant quelques mois avant de fuir pour le Canada.

Depuis les événements traumatiques, Elen explique qu'elle évite de parler à quiconque. Elle ne veut pas raconter son histoire et elle n'a pas cherché à obtenir un support médical ou psychologique. Elle demeure isolée et elle craint les hommes. La présence d'une colocataire la reconforte. Elen explique qu'elle cherche réconfort par la pratique religieuse et par la lecture de la Bible. Elle avoue avoir déjà souhaité mourir, même si cela contrevient à ses croyances religieuses; elle nous dit qu'elle aurait parfois préféré être tuée en même temps que sa famille, au lieu d'avoir eu à traverser par la suite tous ces événements traumatiques.

En entrevue, Elen semble avoir toujours froid et être toute percluse de douleurs physiques. Son discours est parfois difficile à suivre, car elle ne veut pas aborder

directement le récit de ses traumatismes. Elle n'exprime pas facilement ses affects; elle semble vouloir se couper de ses émotions ou chercher à se distancer de sa propre détresse. Elle explique qu'elle souffre d'insomnie, qu'elle est continuellement contrariée et pensive. Elle avoue être triste et se sentir irritable. Elen semble répondre aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif.

Les scores de Elen à l'ÉTD sont les suivants : FI = 16; GI = 19; FE = 28; GE = 28; FH = 16; GH = 20. Les sous-scores totaux pour l'intrusion, l'évitement et l'hyperexcitation sont de 35, 56 et 36 respectivement. Le score total à l'ÉTD est de 127. Ces scores représentent une répartition plutôt inconstante entre les symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperexcitation (87,5%, 100%, 90%). Les symptômes d'évitement atteignent un maximum.

Les scores de Elen à l'IRV sont les suivants : SA = 4,17; RF = 1,29; CE = 1; PS = 2; DS = 1; OM = 4,75. Le score total à l'IRV est de 3,08.

Par rapport à l'ÉTD, Elen affiche un sous-score maximal aux symptômes d'évitement. Nous avons pu remarquer cette tendance en entrevue, mais aussi par ses comportements sociaux. La gravité des symptômes est plus élevée que la fréquence. Le score total à l'ÉTD est l'un des plus élevés du groupe. Quant aux sous-échelles de l'IRV, Elen obtient un score plus important à OM et à SA : cela peut correspondre à son attachement à la religion et au fait qu'elle évite la détresse.

Portrait H. Sylvie est originaire d'Afrique et elle est âgée de 30 ans. Elle a complété des études de niveau collégial et, dans son pays d'origine, elle travaillait dans le domaine de la santé. Dans son pays, Sylvie habitait avec un conjoint et les enfants de celui-ci. Elle avait également pris en charge le plus jeune membre de sa fratrie suite au décès de leur mère. Sylvie a vécu des événements traumatiques relativement à l'occupation de son conjoint et par rapport à son propre travail; ces événements se sont étalés sur une période de deux ans. Elle et son conjoint ont été harcelés par les militaires à diverses reprises. Sylvie a été arrêtée et emprisonnée; en prison, elle a été violée à répétition pendant quelques jours. Elle a pu fuir la prison avec l'aide d'un membre de sa famille immédiate. Elle est devenue enceinte suite à ces viols, mais elle a fait une fausse couche. Elle a également dû subir une intervention chirurgicale pour un problème gynécologique. Plus tard, elle a à nouveau été harcelée et agressée physiquement. Ce dernier événement l'a convaincue de fuir son pays pour chercher refuge au Canada.

En entrevue, Sylvie n'exprime pas facilement ses émotions. Elle évite d'aborder les contenus traumatiques en les résumant sommairement. Elle explique qu'elle éprouve de violents maux de tête et de ventre. Elle nous dit ne plus avoir d'appétit et avoir perdu beaucoup de poids. Elle se sent souvent craintive et elle se confie dans un certain isolement chez elle. Il lui arrive d'avoir des palpitations cardiaques lorsqu'elle se sent menacée ou lorsqu'elle se rappelle les événements traumatiques. Suite à la fausse

couche et à l'intervention chirurgicale, Sylvie craint de ne pouvoir plus jamais être mère et cela l'attriste beaucoup.

Les scores de Sylvie à l'ÉTD sont les suivants : FI = 7; GI = 12; FE = 21; GE = 20; FH = 14; GH = 12. Les sous-scores totaux pour l'intrusion, l'évitement et l'hyperexcitation sont de 19, 41 et 26 respectivement. Le score total à l'ÉTD est de 86. Ces scores représentent une répartition inconstante évidente entre les symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperexcitation (47,5%, 73,2%, 65%). Les symptômes d'intrusion sont nettement inférieurs alors que les manifestations d'évitement sont beaucoup plus élevées.

Les scores de Sylvie à l'IRV sont les suivants : SA = 4,59; RF = 3,71; CE = 5,67; PS = 2,57; DS = 3; OM = 5,75. Le score total à l'IRV est de 4,23.

Sylvie démontre un ÉSPT caractérisé par les symptômes d'évitement et d'hyperexcitation neurovégétative. Nous avons pu observer ces points en entrevue. La fréquence et la gravité des symptômes sont relativement égales. Elle souffre également de symptômes somatiques relatifs à l'hyperexcitation. Quant à l'IRV, Sylvie obtient des scores élevés aux sous-échelles OM, SA et CE. Elle nous a expliqué qu'elle conservait l'espoir de retrouver son conjoint et les enfants (CE). Elle a mentionné également qu'elle pratiquait sa religion pour se soulager de sa détresse (OM). Elle ressent toujours

des craintes, mais elle dit se sentir en sécurité au Canada et souhaite y vivre paisiblement. Elle pense ainsi que son avenir sera meilleur (SA).

Portrait I. Claudia est originaire d'un pays d'Asie. Elle est mère de trois enfants et elle demeurerait à domicile pour les soigner. Elle a complété des études de niveau secondaire. Le conjoint de Claudia était militant pour les droits de l'homme par rapport à la pratique de sa religion. Il fut arrêté à quelques reprises et détenu pendant des périodes plus ou moins longues avant les événements traumatiques qui ont poussé Claudia à fuir son pays.

Claudia et son mari ont reçu la visite de quelques hommes. Après un certain temps, les autorités se sont présentées au domicile, ce qui a fait fuir les hommes qui les visitaient et les a même convaincus de kidnapper le conjoint de Claudia. C'est alors que Claudia a été arrêtée pour être interrogée. Elle a été détenue pendant une dizaine de jours où elle a été violée à répétition et torturée. Elle a pu quitter la prison avec l'aide de proches. Elle a dû être hospitalisée pendant quelques jours. Comme elle devait se rapporter à la police et qu'elle craignait à nouveau les sévices, elle a fait une tentative de suicide. Peu de temps après et avec le support de sa famille, elle a préparé son exil en amenant avec elle le plus jeune de ses enfants. Depuis le kidnapping de son conjoint, elle n'a plus eu aucune nouvelle de lui. Ses deux enfants aînés ont été pris en charge par sa famille.

Au Canada, Claudia habite avec son fils et un homme qui provient de son pays. Elle est très inquiète pour ses enfants demeurés au pays. Elle reste constamment dans l'expectative en ce qui concerne son conjoint. Elle n'a pas de projets pour l'avenir et elle exprime toujours des idéations suicidaires.

En entrevue, Claudia pleure constamment. Elle parle peu et son discours est parfois inaudible. La souffrance est vive et suscite les idéations suicidaires. Une femme victime de viol est perçue d'un très mauvais œil dans son pays. Claudia répond aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif et elle exprime diverses plaintes somatiques. Elle présente presque tous les symptômes post-traumatiques (cauchemars, inertie, irritabilité, tristesse, craintes, etc.).

Les scores de Claudia à l'ÉTD sont les suivants : FI = 20; GI = 20; FE = 28; GE = 28; FH = 20; GH = 20. Les sous-scores totaux pour l'intrusion, l'évitement et l'hyperexcitation sont de 40, 56 et 40 respectivement, ce qui représente les scores maximaux pour chaque catégorie. Le score total à l'ÉTD est de 136. Ces scores représentent une répartition évidemment constante, et surtout maximale entre les symptômes d'intrusion, d'évitement et d'hyperexcitation (100%, 100%, 100%).

Les scores de Claudia à l'IRV sont les suivants : SA = 1,58; RF = 4,71; CE = 6; PS = 1,14; DS = 1; OM = 1,5. Le score total à l'IRV est de 2,21.

Claudia affiche un degré élevé de symptomatologie post-traumatique. À l'IRV, Claudia obtient des scores élevés aux sous-échelles CE et RF seulement. Elle a en effet mentionné à plusieurs reprises que la présence de ses enfants était sa seule raison pour ne pas se suicider.

Portrait J. Pascale est âgée de 23 ans et elle est originaire d'Amérique Latine. Elle était enceinte de jumeaux (deuxième trimestre de grossesse) lorsqu'elle a fui son pays. Elle possède une scolarité de niveau collégial. Elle est arrivée au Canada en compagnie de deux membres de sa famille immédiate et elle a donné naissance à ses enfants trois mois après son arrivée.

Après avoir vécu dans un climat de violence conjugale, elle a décidé de fuir son pays car elle n'avait pas pu obtenir la protection des autorités. La violence dont elle a été victime se présentait sous diverses formes : verbale, psychologique, physique, sexuelle; elle subissait aussi un contrôle sur les plans idéologique et religieux. Elle vivait en union de fait avec un homme originaire d'un pays d'Asie et de religion différente. Pascale a vécu une escalade de violence pendant environ trois ans, même après avoir mis un terme à la relation. La violence et les menaces se sont également étendues aux membres de la famille de Pascale.

En entrevue, Pascale est timide, réservée et retenue. Elle affiche une attitude de soumission. Elle exprime des sentiments d'auto-dépréciation, d'échec, d'impuissance et

de méfiance envers la société en général. Pendant sa relation avec son ex-conjoint, elle avait eu des idéations suicidaires sans passage à l'acte. Lors de l'évaluation, elle explique qu'elle éprouve des difficultés post-traumatiques en mentionnant des cauchemars et des symptômes d'activation neurovégétative (crises de panique, angoisse, peurs, tremblements). Elle nous dit éprouver aussi des problèmes de concentration et d'attention. Des symptômes d'évitement sont présents : elle cherche à oublier les événements et elle se coupe de ses affects. L'image de soi est amoindrie. Pascale répond aux critères diagnostiques d'un épisode dépressif.

Les scores de Pascale à l'ÉTD sont les suivants : FI = 9; GI = 20; FE = 21; GE = 24; FH = 16; GH = 20. Les sous-scores totaux pour l'intrusion, l'évitement et l'hyperexcitation sont de 29, 45 et 36 respectivement. Le score total à l'ÉTD est de 110. Ces scores représentent une prédominance des symptômes d'hyperexcitation (90%) comparativement aux symptômes d'intrusion et d'évitement (72,5%, 80,4%).

Les scores de Pascale à l'IRV sont les suivants : SA = 4; RF = 5,29; CE = 6; PS = 3,43; DS = 2,67; OM = 3,75. Le score total à l'IRV est de 4,13.

À partir des entrevues cliniques, le diagnostic d'ÉSPT se posait déjà clairement. Les résultats de Pascale à l'ÉTD confirment la présence d'un ÉSPT. Le score total à l'ÉTD est surtout influencé par le degré élevé des symptômes d'hyperexcitation : rappelons que Pascale nous a confié sa méfiance et ses craintes face à son

environnement; elle éprouve aussi des manifestations anxieuses typiques (angoisse, panique). Quant aux données recueillies par l'IRV, les raisons de vivre de Pascale sont principalement associées à la considération pour les enfants (CE), aux responsabilités familiales (RF) et à la survie et adaptation (SA). Ces trois sous-échelles sont des indications que l'on pourrait qualifier de positives par rapport à ses raisons de vivre, et à ses raisons pour ne pas commettre de passage à l'acte suicidaire. Nous pouvons constater que Pascale profite de la présence de ses enfants et de membres de sa famille établis avec elle au Canada, ce qui peut être représentatif des scores CE et RF.

Survol des portraits des participantes

Il nous semble maintenant opportun de nous engager dans des considérations d'ordre plus général et de nous abstraire quelque peu du détail précis de chaque portrait de nos participantes pour tirer, de tout cet ensemble de données, et suite à l'observation clinique de notre population, un certain nombre de points qui nous semblent plus déterminants en ce qui a trait à la vérification de nos hypothèses. Pour commencer cette présentation des résultats cliniques obtenus auprès de nos participantes, nous renvoyons nos lecteurs au tableau 3, qui contient les scores obtenus par chacune aux sous-échelles de l'IRV, ainsi que les sous-scores à l'ÉTD et les scores totaux.

Tableau 3

Scores des participantes à l'ÉTD et à l'IRV

Sujet	FI	GI	FE	GE	FH	GH	SA	RF	CE	PS	DS	OM	ETD	IRV
A	16	20	24	23	16	20	5,21	5,29	6	4,86	3,67	6	119	5,19
B	15	18	27	27	17	16	4,79	4,71	1	4	2,67	3,25	120	4,17
C	10	14	13	16	16	20	5,42	5,43	5,67	2,86	4,67	4,25	89	4,92
D	13	16	19	20	19	17	4,08	4,29	1	3,71	3	3,5	104	3,96
E	11	18	17	25	12	18	3,21	3,71	4	3	1	5,25	101	3,33
F	15	20	22	16	20	18	2,58	1,57	2,33	2,71	1,67	2,5	111	2,38
G	16	19	28	28	16	20	4,17	1,29	1	2	1	4,75	127	3,08
H	07	12	21	20	14	12	4,59	3,71	5,67	2,57	3	5,75	86	4,23
I	20	20	28	28	20	20	1,58	4,71	6	1,14	1	1,5	136	2,21
J	09	20	21	24	16	20	4	5,29	6	3,43	2,67	3,75	110	4,13

Il nous faut mentionner tout d'abord que chaque participante a été référée pour obtenir un suivi psychothérapeutique après la recherche : les portraits cliniques des participantes étaient tous imposants, la détresse cliniquement observable était significative; toutes les participantes avaient des médications d'anxiolytiques ou de sédatifs, et quelques-unes avaient des médications d'anti-dépresseurs. Chacune d'entre elle avait donc obtenu une rencontre avec un médecin traitant, mais une faible proportion avait été référée pour un suivi psychologique ou psycho-social avant leur participation à notre étude.

Quant à la symptomatologie généralement présente chez ces femmes, nous avons pu observer que certains symptômes post-traumatiques étaient plus rapidement rapportés que d'autres. Toutes ces femmes éprouvaient des problèmes de sommeil et avaient des cauchemars relatifs aux traumatismes. Elles ont également toutes évoqué des problèmes de concentration, d'attention et de mémoire. Toutes ont expliqué qu'elles souhaitaient oublier les événements traumatiques qui les avaient marquées, mais sans succès; ce qui est un exemple concret de symptôme d'évitement. Toutes ont aussi exprimé des peurs ou des craintes diverses, ce qui était l'expression d'une hyperactivité neurovégétative.

Outre le syndrome d'ÉSPT, des portraits de plaintes somatiques ont été observés chez la majorité des femmes (70%) de notre échantillon, de même qu'un épisode dépressif (70%). Seulement deux femmes faisant partie de ces pourcentages présentaient un portrait somatique ou un portrait dépressif (participantes E et J). Peu de

femmes ont exprimé des idéations suicidaires franches malgré la détresse psychologique ressentie. Cependant, les deux femmes ayant fait mention d'idéations suicidaires (participantes G et I) avaient les deux scores les plus élevés à l'ÉTD et ont obtenu deux des trois plus faibles scores totaux à l'IRV. Ces deux femmes avaient également subi les traumatismes de plus courtes durées (1 jour et 10 jours), mais avec des degrés de violence extrême (viols, tortures ou témoin des assassinats des membres de la famille).

Lorsque nous considérons la présence d'épisode dépressif chez les participantes, nous pouvons voir que les trois femmes ne présentant pas de portrait dépressif évident (participantes C, D et E) se situaient parmi les quatre scores totaux les moins élevés à l'ÉTD, mais ces scores ne démontraient pas de signification avec les scores totaux à l'IRV. Pour ce qui est des autres types de symptomatologie ou des prépondérances de catégories de symptômes à l'ÉTD, nous n'observons pas de relation clinique avec d'autres variables telles que le type de traumatisme, les pertes vécues, le support social ou familial. Il en va de même pour les scores à l'IRV. Ainsi, chaque portrait clinique a présenté des différences importantes mais par des caractères uniques, ce qui n'a pas correspondu à nos attentes telles que nous les avons formulées par le truchement de notre seconde hypothèse.

Lorsqu'en regard de notre première hypothèse nous considérons la variable du support social ou familial, nous n'observons pas de différence entre les participantes par rapport à la détresse psychologique ou aux raisons de vivre. Il faut remarquer que les

participantes avaient des anamnèses particulièrement chargées et qu'une multitude de variables sociales et familiales entraient en jeu. Certaines avaient perdu leur famille, d'autres avaient dû laisser leurs enfants derrières elles, ou leur conjoint était disparu. Quelques-unes étaient enceintes lors de l'évaluation, d'autres avaient leurs enfants avec elles ou étaient établies avec un membre de leur famille. Certaines femmes établies seules au Canada avaient des scores moins élevés à l'ÉTD (participantes C, H) que d'autres femmes qui bénéficiaient de la présence de membres de leur famille avec elles ou d'une autre sorte de support social (participantes B, I). Et ces mêmes participantes avaient des scores relativement élevés à la sous-échelle SA (sauf la participante I).

Nous avons signalé le fait qu'une certaine variable semblait se démarquer davantage à travers l'IRV : les femmes (participantes A, E, G, H) qui soulignaient le besoin de la pratique religieuse comme réconfort à la détresse obtenaient un score à la sous-échelle OM plus élevé que le reste du groupe.

Analyses corrélationnelles des scores et sous-scores à l'ÉTD et à l'IRV

Nous avons estimé qu'une relation pourrait être observable entre les raisons de vivre et le niveau de détresse post-traumatique obtenu par l'ÉTD. Afin de répondre à cette troisième hypothèse, nous avons calculé un coefficient de corrélation Spearman pour le score global à l'ÉTD relativement au score global à l'IRV (sans la sous-échelle CE).

Le résultat obtenu ($r_s(10) = -.48$, n.s.) nous permet de constater qu'il n'existe pas d'interaction statistiquement significative entre les scores totaux de ces deux échelles. Il en va de même pour les possibilités d'interaction entre le score total des participantes à l'IRV et les sous-scores de l'ÉTD, ainsi que le score total à l'ÉTD et les scores des sous-échelles à l'IRV. Les tableaux 4 et 5 présentent ces résultats où aucune corrélation n'a pu être observée.

Tableau 4

Coefficients de Spearman pour les sous-échelles de l'IRV et l'ÉTD (N = 10)

	RF	SA	PS	DS	OM	IRV Total
Score						
Total à l'ÉTD	-.10, n.s.	-.28, n.s.	-.13, n.s.	-.52, n.s.	-.45, n.s.	-.48, n.s.

Tableau 5

Coefficients de Spearman pour les sous-scores à l'ÉTD et l'IRV (N = 10)

	FI	GI	FE	GE	FH	GH	ÉTD Total
Score							
total à l'IRV	-.43, n.s.	-.41, n.s.	-.38, n.s.	-.40, n.s.	-.49, n.s.	-.08, n.s.	-.48, n.s.

Discussion

Ce chapitre est divisé en trois sections distinctes. Nous récapitulons premièrement les objectifs que nous avons poursuivis dans cette recherche, et nous discutons les principaux résultats que nous avons présentés au chapitre précédent. Le traitement de nos hypothèses de recherche y est effectué, et nous traçons quelques parallèles avec des études antérieures qui avaient aussi traité des réfugiés et de l'ÉSPT. Ensuite, nous fixons les conséquences de ces résultats pour des recherches futures et nous épilguons sur quelques retombées possibles de notre travail auprès des intervenants. Enfin, nous soulignons les points forts et les faiblesses de cette recherche.

Discussion des résultats

La présente étude visait à mieux comprendre certaines conséquences psychologiques des événements traumatiques chez les femmes réfugiées. En esquisant les portraits cliniques de nos participantes, nous souhaitons effectuer l'analyse des différentes données symptomatologiques suite aux traumatismes. Nous avons également tenté de découvrir l'interaction possible entre le degré de détresse psychologique et les raisons de vivre.

Frankl (1959, 1988) avait estimé qu'une personne pouvait conserver une raison de vivre et lutter contre la détresse quelle que soit la gravité d'événements traumatiques

vécus. Lorsque nous considérons la détresse psychologique des réfugiés traumatisés, nous constatons que des variables additionnelles viennent compliquer l'analyse des facteurs pouvant contribuer à l'aggravation ou à l'atténuation des conséquences d'un traumatisme. Il faut en effet prendre aussi en compte les différentes variables pré-migratoires et celles qui sont relatives à l'adaptation post-migratoire. Il y a aussi les facteurs socio-culturels et la personnalité du migrant à considérer (Wilson, 1994; Al-Issa, 1997; Guarnaccia, 1997). Par l'établissement des portraits cliniques des femmes réfugiées qui participaient à cette étude, nous visions à cerner plus précisément l'importance que peuvent respectivement prendre ces multiples variables face à la détresse psychologique globale et à l'ÉSPT.

L'affiliation familiale et la détresse psychologique

Les résultats cliniques de notre recherche n'ont pas pu soutenir, comme le supposait notre première hypothèse, une influence quelconque de l'absence ou de la présence des membres de la famille auprès de la réfugiée en regard de la détresse éprouvée. Nous avons tenté de vérifier une interaction possible entre la présence ou non de la famille et le niveau de détresse chez la réfugiée, à partir des affirmations de Freire (1995) et de Beiser (1990). Selon ces auteurs, les femmes seraient moins vulnérables à la détresse psychologique compte tenu de leurs responsabilités familiales, et, selon eux, un des stress post-migratoires les plus puissants serait la séparation d'avec la famille. Pour ce qui est de notre étude, il est apparu que les nombreuses différences

entre les femmes réfugiées en regard de leur situation conjugale ou familiale rendait l'exercice d'analyse difficilement exploitable. La difficulté d'analyser la composante d'affiliation familiale lors de notre étude peut être tributaire de la petitesse de notre échantillon. En ayant pu disposer d'une cohorte de sujets plus imposante, il aurait été plus facile de former des échantillons distincts en lien avec les problématiques familiales différentes que nous avons pu observer.

Cependant, lors des entrevues cliniques, il a été possible de déceler de nombreux indices de détresse chez nos participantes face à la perte ou à l'éloignement des membres de leur famille; nous avons observé qu'elles ressentaient de la tristesse, de l'impuissance et de la solitude. Aussi, à travers divers commentaires des femmes, nous avons pu comprendre que la présence ou l'absence en termes physiques n'étaient pas l'essentiel de la détresse vécue. Il est apparu que l'idée ou la valeur de la famille est plus importante pour contrer la détresse que la présence physique proprement dite d'un ou des membres de la famille. Par exemple, la disparition ou la mort d'un membre de la famille survenu pendant l'épisode traumatique semblait plus pénible à gérer que l'éloignement et la distance créés par l'exil et la séparation de la famille. Les quelques participantes qui étaient enceintes lors des entrevues ont souligné la « raison de vivre » associée à l'enfant à naître, à la construction d'une famille, bref, au prolongement du lien familial au-delà de la distance entre elles et leurs origines familiales et ethniques. En examinant ainsi ces commentaires, nous avons pu constater que la raison de vivre

associée à l'affiliation familiale est beaucoup plus étendue qu'à la simple présence physique des proches; cette raison de vivre est relative au concept de la valeur familiale.

Le caractère unique des portraits cliniques

La présente recherche visait aussi à établir les portraits symptomatologiques des participantes en tenant compte des traumatismes vécus, des problématiques personnelles d'immigration et des pertes vécues. Nous avons supposé dès le départ que chaque participante aurait un portrait distinct et unique. Nous avons pu observer que la majorité de nos participantes présentaient un épisode dépressif ou des plaintes somatiques; des indices d'anxiété élevés étaient parfois relevés; plusieurs symptômes particuliers tels que les cauchemars ou les troubles de mémoire étaient communs à toutes; et peu de répondantes ont fait mention d'idéations suicidaires.

À première vue, ces différents portraits pourraient paraître relativement semblables. Cependant, en analysant les données obtenus à l'ÉTD, on s'aperçoit que ces femmes ont des portraits cliniques variés et une expression de détresse globale différente. Certaines participantes ont témoigné d'un taux plus élevé dans une catégorie de symptômes (intrusion, évitement ou hyperexcitation) que les autres et toutes, en entrevue, ont démontré des comportements différents et des attitudes spécifiques et ce, tant au niveau social qu'au niveau relationnel. Il y a aussi les différences relatives aux événements vécus (viol vs peur des hommes, séquestration vs crise de panique, etc.).

Concernant l'ÉSPT et la dépression, nos résultats s'avèrent peu représentatifs de ceux obtenus dans des recherches précédentes : Ramsay et al. (1993) ainsi que Weine et al. (1995) avaient obtenu des taux plus faibles de ce double syndrome clinique, alors que Carlson et Hogan (1991) en avaient trouvé une proportion plus élevée; Moore et Boehnlein (1991) avaient constaté de leur côté que tous les participants à leur étude souffraient à la fois des deux syndromes cliniques, tout en dénotant des portraits fréquents de plaintes somatiques comme pour notre population d'étude.

Lin (1990) a expliqué que l'évaluation d'une personne d'une autre culture doit tenir compte de deux principes fondamentaux : l'universalité de la nature humaine et les différences culturelles, en faisant référence aux comportements humains et à la souffrance qui peuvent se retrouver à travers toutes les cultures, alors que les différences culturelles doivent aussi être considérées.

Dans la présente étude, nous avons pu remarquer l'universalité de la souffrance à travers les portraits cliniques différents des participantes. Nous avons également dû prendre en considération les différences culturelles (religion, langue, interprétation du trauma, expression de la détresse, portrait symptomatologique spécifique, etc.). Il est possible que ces différences culturelles aient contribué aux écarts des résultats de notre étude par rapport aux recherches antérieures, en regard de la symptomatologie.

L'État de Stress Post-Traumatique et les Raisons de Vivre

En dernier lieu, nous voulions vérifier statistiquement les interactions possibles entre le degré de la détresse psychologique post-traumatique mesurée par l'ÉTD et les raisons de vivre. Notre idée initiale était de souligner la présence possible de processus d'adaptation aux traumatismes par les raisons de vivre. Linehan et al. (1983) ont soutenu que les raisons de vivre sont des caractéristiques adaptatives centrées sur la poursuite de la vie. Habimana et Cazabon (2000) ont expliqué également que le migrant a le devoir de combattre la dépression et d'aimer la vie après avoir vécu la souffrance et la solitude.

Plusieurs recherches ont fait mention de différents aspects pouvant contribuer au rétablissement d'un ÉSPT chez les réfugiés. Wilson (1994) a expliqué que diverses dimensions de la psyché humaine telles que les croyances, les valeurs et la motivation pouvaient déterminer les réactions aux traumatismes. Nous avons associé ces dimensions à quelques sous-échelles de l'IRV. Marsella et al. (1993) et Al-Issa (1997) ont avancé que les croyances religieuses, les modèles d'interaction sociale ou les dispositions personnelles pourraient être des médiateurs possibles à l'ÉSPT; d'autres études ont avancé la notion d'affiliation familiale ou conjugale (Beiser et al., 1989 ; Gorst-Unsworth et Goldenberg, 1998). Nous avons donc pensé que les sous-échelles OM, SA, RF et CE pourraient représenter les dimensions modératrices de la détresse

psychologique relevées par ces recherches relativement aux sphères respectives de la spiritualité, de la personnalité et de l'affiliation familiale.

Bien que nos observations cliniques nous aient donné à voir chez quelques participantes quelques tendances relativement à un indice d'ÉSPT faible associé à un score total élevé à l'IRV, ce qui aurait pu appuyer notre troisième hypothèse, il est apparu que nos résultats statistiques ne soulevaient pas de tendance globale à cet effet et au sein de tout le groupe à l'étude. Nous avons pu voir que les deux participantes ayant les degrés les plus élevés à l'ÉTD avaient eu des idéations suicidaires et affichaient quelques-uns des scores les plus faibles à l'IRV. Par contre, bien que des résultats élevés ont été obtenus, aucune interaction statistiquement significative n'a pu être relevée entre les sous-scores à l'ÉTD et le score total à l'IRV, ou encore entre les sous-échelles à l'IRV et le score total à l'ÉTD.

En regard de cette conclusion statistique, nous pouvons voir que les raisons de vivre demeurent, jusqu'à un certain point, une mesure indépendante du niveau de la détresse post-traumatique, et vice-versa. Par conséquent, il serait raisonnable de croire que les raisons de vivre peuvent être présentes à divers degrés chez le réfugié traumatisé, comme l'a expliqué Frankl, mais que ces raisons de vivre pourraient être influencées par d'autres variables qui n'ont pas été mesurées statistiquement lors de la présente étude : nous pourrions songer à une interaction possible entre la perte de la famille et la sous-

échelle RF, ou encore à une relation possible entre un fonctionnement global satisfaisant antérieur aux traumatismes et la sous-échelle SA.

Finalement, en considérant aussi la conclusion statistique et l'absence presque unilatérale d'idéations suicidaires chez nos participantes, nous pouvons croire que les réfugiées rencontrées maintiennent des raisons de vivre au sens propre et donné par Frankl. Par l'exil et pour sa survie, le réfugié pousse ainsi l'exécution de ses raisons de vivre et par conséquent, il se confère le devoir de vivre après l'exil et ce, malgré la détresse ressentie. Il lui serait illogique de perdre totalement ses raisons de vivre après avoir vécu la souffrance et après avoir sauvé sa vie de façon aussi ultime.

Orientations et conséquences de l'étude

La présente étude aura pu soulever de l'intérêt chez d'éventuels chercheurs en ce qui a trait à certains aspects de la problématique de l'ÉSPT tel qu'on peut le retrouver auprès de diverses populations de réfugiés. Tout d'abord, il nous semble que la notion d'affiliation familiale pourrait être davantage exploitée dans des recherches futures, car les raisons de vivre relatives aux responsabilités familiales et à la considération pour les enfants sont des caractéristiques adaptatives positives. Gorst-Unsworth et Goldenberg (1998) ont d'ailleurs déjà souligné l'attention particulière qu'il faudrait porter quant à l'efficacité des réunions des membres de la famille pour ce qui est de réduire la morbidité symptomatologique des réfugiés.

Ensuite, il nous semble que la recherche d'un caractère d'unicité dans les portraits cliniques de réfugiés provenant d'horizons différents ne doit nous retirer l'obligation, en tant que chercheurs, de bien prendre le temps d'évaluer les conséquences post-traumatiques en évitant les généralisations exagérées. L'attitude stérile qui consiste à prôner les vertus de l'homogénéité culturelle à tout prix peut parfois porter gravement atteinte à l'attention et à la considération que l'on se doit d'apporter aux différences individuelles.

Finalement, il nous apparaît intéressant de pousser plus loin l'évaluation des raisons de vivre des réfugiés relativement aux différentes variables de la détresse psychologique ou de l'adaptation post-migratoire. Il nous reste sans doute encore beaucoup à apprendre sur les caractéristiques adaptatives pour pouvoir contrer la détresse chez le migrant, et pour pouvoir améliorer aussi les ressources d'intervention auprès de cette clientèle.

Forces et faiblesses de l'étude

La principale faiblesse de la présente étude a été la population participante restreinte. En ayant eu une population plus volumineuse, nous aurions eu l'opportunité d'étudier des variables plus définies et les analyses statistiques auraient pu être davantage élaborées. De cette façon, il aurait été possible de soumettre des données plus

statiques, ou de recourir à des variables discrètes pour analyser ces données relativement aux conséquences post-traumatiques.

Par contre, il est manifeste que la principale force de cette étude a résidé dans le fait que nous ayons su élaborer les portraits individuels de chacune de nos participantes en sachant respecter leurs différences. Il a ainsi été possible de discriminer davantage et de comprendre plus en profondeur l'ampleur de la détresse post-traumatique et sa complexité. Nous avons pu entrevoir des facettes très variées du syndrome post-traumatique tout en tenant compte de l'universalité de la souffrance. Il nous a également été possible de reconnaître la présence chez nos participantes d'une multitude de facteurs associés à la détresse post-traumatique au-delà du traumatisme lui-même. Lorsque nous considérons la situation pré-migratoire, le contexte d'exil, les pertes encourues, les traumatismes vécus et l'adaptation post-migratoire, nous voyons qu'il y a là une quantité assez impressionnante de variables à étudier dans les éventuelles recherches qui pourront également porter, après la nôtre, et peut-être un peu dans la foulée de celle-ci, sur la problématique de la détresse chez les réfugiés.

Conclusion

En ayant pour objectif d'étudier l'État de Stress Post-Traumatique chez une population de femmes réfugiées, la présente recherche visait à une meilleure compréhension des caractéristiques adaptatives face au phénomène post-traumatique. Il nous avait semblé intéressant de soulever la possibilité qu'il puisse y avoir une interaction entre la détresse post-traumatique et les raisons de vivre telles que développées dans la théorie existentialiste de Frankl (1959, 1988). Les raisons de vivre étant des caractéristiques adaptatives centrées sur la vie (Linehan et al. 1983), nous avons estimé qu'une relation pouvait être décelée entre celles-ci et la sphère post-traumatique. Par l'entremise de la théorie des raisons de vivre, il nous avait également semblé que certains liens pouvaient être tissés avec les études qui avaient traité antérieurement de la problématique de l'adaptation post-traumatique. Dans leur foulée, nous avons estimé que les notions d'appartenance et d'affiliation sociale et familiale ainsi que les croyances religieuses et les composantes de la personnalité pouvaient agir comme modérateurs à l'ÉSPT.

C'est ainsi que nous est venue l'idée d'identifier et de mesurer la variable d'affiliation familiale relativement à la détresse psychologique de femmes réfugiées. Malheureusement, la présente étude n'a pas pu élaborer de résultats concluants à cet égard, car les différences des statuts familiaux des femmes participantes se sont avérés

trop importantes pour que des rapprochements significatifs autres que se situant sur un plan qualitatif, puissent être opérés entre elles dans le cadre de notre analyse.

Ensuite, il nous était apparu opportun de tracer le portrait clinique de chaque participante afin d'en apprendre davantage sur les différentes variables qui peuvent servir à l'étude du syndrome post-traumatique. Il nous semble que cet objectif a véritablement été atteint lorsque nous avons pu réaliser l'ampleur des différences quant à l'expression de la détresse psychologique et de la symptomatologie dans des portraits cliniques. Nous avons pu voir que divers symptômes étaient exprimés spontanément par toutes les femmes, que des profils dépressifs et somatiques étaient fréquents et que, par contre, les idéations suicidaires étaient peu mentionnées malgré la détresse globale importante. Ce qui semblait conférer tout son sens au fait que nous tentions de relier les raisons de vivre à l'ÉSPT, puisque l'exil pouvait représenter pour ces femmes la principale motivation à l'action instinctive de survie. En effet, en s'éloignant de l'objet de la détresse, c'est à dire du traumatisme, la détresse initiale peut être ainsi laissée dans le pays d'origine, mais faire place à une détresse véritablement « post » traumatique, qui pourrait être cernée dans une étude qui prendrait soin de bien considérer tous les facteurs relatifs à l'exil lui-même, aux pertes et à l'adaptation post-traumatique.

Cependant, une déception s'est présentée à nous lorsque nous n'avons pas pu déterminer d'interaction entre les raisons de vivre et l'ÉSPT. Notre troisième hypothèse se basait sur les capacités adaptatives des raisons de vivre en relation avec le degré de

détresse post-traumatique. Aucune relation statistique n'a pu être décelée à ce niveau, mais d'autres avenues de recherches ont été soulevées. Il serait intéressant de tenter à nouveau ce type d'évaluation auprès d'une population numériquement plus importante de réfugiés, afin d'en apprendre davantage sur les raisons de vivre en relation avec les multiples variables qui peuvent constituer les mécanismes d'adaptation post-migratoires. Il est certain que lorsqu'un chercheur a l'opportunité de rencontrer directement la population étudiée en se servant d'entrevues semi-structurées comme nous avons pu le faire dans cette recherche, cela permet d'en arriver à une compréhension plus élaborée et plus constructive de toute la complexité du phénomène post-traumatique et du contexte migratoire des réfugiés.

Références

- Al-Issa, I. (1997). Ethnicity, immigration and psychopathology. In I. Al-Issa & M. Tousignant (Éds), *Ethnicity, immigration and psychopathology* (pp. 3-15). New-York : Plenum Press.
- Allden, K., Poole, C., Chantavanich, S., & Ohmar, K. (1996). Burmese political dissidents in Thailand : Trauma and survival among young adults in exile. *American Journal of Public Health, 86, (11)*, 1561-1569.
- Allodi, F. (1990). Refugees as victims of torture and trauma. In W. H. Holtzman & T. H. Bornemann (Éds), *Mental health of immigrants and refugees* (pp. 245-252). Austin, Texas : University of Texas.
- Allodi, F., & Cowgill, G. (1982). Ethical and psychiatric aspects of torture : A canadian study. *Canadian Journal of Psychiatry, 27, (2)*, 98-112.
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC : American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2^e éd.* Washington, DC : American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3^e éd.* Washington, DC : American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3^e éd. revised.* Washington, DC : American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4^e éd.* Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Basoglu, M. (1997). Torture as a stressful life event : A review of the current status of knowledge. In T. W. Miller (Éd), *Clinical disorders and stressful life events* (Monograph 7) (pp. 45-70). Madison, Connecticut : International Universities Press.
- Beiser, M. (1990). Mental health of refugees in resettlement countries. In W. H. Holtzman & T. H. Bornemann (Éds), *Mental health of immigrants and refugees* (pp. 51-65). Austin, Texas : University of Texas.
- Beiser, M., & Hyman, I., (1997). Southeast asian refugees in Canada. In I. Al-Issa & M. Tousignant (Éds), *Ethnicity, immigration and psychopathology* (pp. 35-56). New-York : Plenum Press.

- Beiser, M., Turner, R. J., & Ganesan, S. (1989). Catastrophic stress and factors affecting its consequences among southeast asian refugees. *Social Science and Medecine*, 28, (3), 183-195.
- Boehnlein, J., & Kinzie, J.D. (1997). Cultural perspectives on posttraumatic stress disorder. In T. W. Miller (Éd), *Clinical disorders and stressful life events* (Monograph 7) (pp. 19-43). Madison, Connecticut : International Universities Press.
- Card, J. J. (1987) Epidemiology of PTSD in a national cohort of vietnam veteran. *Journal of Clinical Psychology*, (43), 6-17.
- Carslon, E. B., & Hogan, R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation and depression in cambodian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1548-1551.
- Carlson E. B. & Hogan, R. (1994). Cross-cultural response to trauma : A study of traumatic experiences and posttraumatic symptoms in cambodian refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 7, (1), 43-58.
- Cervantes, R. C., Salgado de Snyder, V. N., & Padilla, A. M. (1989). Posttraumatic stress in immigrants from Central America and Mexico. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, (6), 615-619.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, S., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R., Davison, R. M., Katz, R., & Feldman, M. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medecine*, 27, (1), 153-160.
- De Girolamo, G. & McFarlane A. C. (1996). The epidemiology of PTSD : A comprehensive review of the international litterature. In A. J. Marsella, M. J. Friedman, E. T. Gerrity & R. M. Scurfield (Éds), *Ethnocultural aspects of post-traumatic stress disorder : Issues, research, and clinical applications* (pp. 33-85). Washington DC : American Psychological Association.
- Fawzi, M.C., Pham, T., Lin, L., Nguyen, T., Ngo, D., Murphy, E., & Mollica, R. F. (1997). The validity of posttraumatic stress disorder among vietnamese refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 10, (1), 101-108.
- Fornazzari, X., & Freire, M. (1990). Women as victims of torture. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 257-260.
- Frankl, V. E. (1959). *From death camp to existentialism*. Boston : Beacon.

- Frankl, V. E. (1988). *Découvrir un sens à sa vie (traduction de Man's Search for Meaning)*. St-Hubert, Canada : Éditions de l'Homme.
- Freud, S. (1920). Introduction to psycho-Analysis and the war neurosis. In M. J. Horowitz (Éds), *Essential papers on posttraumatic stress disorder* (1999) (pp. 99-106). New-York : New-York University Press.
- Goldfeld, A.E., Mollica, R.F., Pesavento, B.H, & Faraone, S.V. (1988). The physical and psychological sequelae of torture : Symptomatology and diagnosis. *Journal of the American Medical Association*, 259, 2725-2729.
- Gonsalvez, C. J. (1990). The psychological effects of political repression on chilean exiles in the U.S.. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60, (1), 143-153.
- Gorst-Unsworth, C., & Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq : Trauma-related factors compared with social factors in exile. *British Journal of Psychiatry*, 172, 90-94.
- Guarnaccia, P. J. (1997). Social stress and psychological distress among latinos in the United States. In I. Al-Issa & M. Tousignant (Éds), *Ethnicity, immigration and psychopathology* (pp. 71-94). New-York : Plenum Press.
- Habimana, E., & Cazabon, C. (2000). L'immigrant est seul aussi dans la communauté des siens. *Psychologie Québec, janvier 2000*, 22-25.
- Habimana, E., Rousseau, C., Saucier, J.-F., & Streit, U. (sous presse). Psychiatrie transculturelle et migrations. In P. Lalonde, M. Aubert, & F. Grunberg, (Éds), *Psychiatrie clinique : Approche bio-psycho-sociale*. Boucherville : Gaétan Morin.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD ; A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Holtz, T. H. (1998). Refugee trauma versus torture trauma : A retrospective controlled cohort study of tibetan refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, (1), 24-34.
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Kaltreider, N., & Alvarez, W. (1980). Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 37, 85-92.
- Janoff-Bulman, R. (1988). Victims of violence. In S. Fisher & J. Reason (Éds), *Handbook of life stress, cognition and health* (pp. 101-113). New-York : John Wiley & Sons Ltd.

- Kinzie, J. D., Boehnlein, J. K., Leung, P. K., Moore, L. J., Riely, C., & Smith, D. (1990). The prevalence of post-traumatic stress disorder and its clinical significance among southeast asian refugees. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 913-917.
- Kirmayer, L. J. (1996). Confusion of the senses : Implications of ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD. In A. J. Marsella, M. J. Friedman, E. T. Gerrity & R. M. Scurfield (Éds), *Ethnocultural aspects of post-traumatic stress disorder : Issues, research, and clinical applications* (pp. 131-163). Washington DC : American Psychological Association.
- Labelle, R., Lachance, L. & Morval, M. (1996). Validation d'une version canadienne-française du Reasons for Living Inventory. *Science et Comportement*, *24*, (3), 237-250.
- Lin, K.- M. (1990). Assesment and diagnostic issues in the psychiatric care of refugees patients. In W. H. Holtzman & T. H. Bornemann (Éds), *Mental health of immigrants and refugees* (pp. 198-206). Austin, Texas : University of Texas.
- Linehan, M. M. (1985). The Reasons for Living Inventory. In P. A. Keller & L. G. Ritt (Éds), *Innovations in clinical practice : A source book* (vol. 4) (pp. 321-330). Sarasota, FL : Professionnal Ressource Exchange, Inc.
- Linehan, M. M., Goodstein, J.L., Nielsen, S. L., & Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive. When you are thinking of killing yourself: The reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, (2), 276-286.
- Markesteyn, T. (1992). *Les répercussions psychologiques des actes criminels à caractère non sexuel sur les victimes*. Rapport pour spécialistes 1992-21. Ottawa : Solliciteur Général Canada.
- Marshall, R. D., Schneier, F. R., Fallon, B. A., Knight, C. B., Abbate, L. A., Goetz, D., Campeas, R., & Liebowitz, M. R. (1998). An open trial of paroxetine in patients with noncombat-related, chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *18*, (1), 10-18.
- Marsella, A. J., Friedman, M., & Spain, H. (1993). Ethnocultural aspects of PTSD : An overview of issues, research, and directions. In J. Oldman, A. Tasman, & M. Riba (Éds), *Review of psychiatry* (pp. 157-181). Washington, DC : American Psychiatric Press.
- Michultka, D., Blanchard, E. B., & Kalous, T. (1998). Responses to civilian war experiences : Predictors of psychological functioning and coping. *Journal of Traumatic Stress*, *11*, (3), 571-577.

- Mollica, R.F., Caspi-Yavin, Y., Bollini, P., Truong, T., Tor, S., & Lavelle, J. (1992). The Harvard Trauma Questionnaire; Validating a cross-cultural instrument for measuring torture, trauma and posttraumatic stress disorder in Indochinese refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, (2), 111-116.
- Mollica, R. F., McInnes, K., Pham, T., Fawzi, M. C., Murphy, E., & Lin, L. (1998). The dose-effect relationships between torture and psychiatric symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, (9), 543-553.
- Mollica, R. F., Wyshak, G., Lavelle, J., Truong, T., Tor, S., & Yang, T. (1990). Assessing symptom change in southeast asian refugee survivors of mass violence and torture. *American Journal of Psychiatry*, 147, (1), 83-88.
- Moore, L. J., & Boehnlein, J. K. (1991) Posttraumatic stress disorder, depression and somatic symptoms in U.S. vietnam patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 728-733.
- Ochberg, F. M. (1991). Post-traumatic therapy. *Psychotherapy*, 28, (1), 5-15.
- Osman, A., Jones, K., & Osman, J. R. (1991). The Reasons for Living Inventory : Psychometric properties. *Psychological Reports*, 69, 271-278.
- Ramsay, R., Gorst-Unsworth, C., & Turner, S. (1993) Psychiatric morbidity in survivors of organised state violence including torture : A retrospective series. *British Journal of Psychiatry*, 162, 55-59.
- Shrestha, N. M., Sharma, B., Van Ommeren, M., Regmi, S., Makaju, R., Komproe, I., Shrestha, G. B., & de Jong, J. T. (1998). Impact of torture on refugees displaced within the developing world : Symptomatology among bhutanese refugees in Nepal. *Journal of the American Medical Association*, 280, (5), 443-448.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V., & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers : Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170, 351-357.
- Thulesius, H., & Hakansson, A. (1999). Screening for posttraumatic stress disorder symptoms among Bosnian refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 167-174.
- Tyhurst, L. (1977). Psychosocial first aid for refugees. *Mental Health Society*, (4), 319-343.
- Van der Kolk, B.A. (1987). The psychological consequences of overwhelming life experiences. In B.A. Van der Kolk (Ed), *Psychological trauma* (pp. 1-30). Washington, DC : American Psychiatric Press.

- Weine, S. M., Becker, D. F., McGlashan, T. H., & Laub, D. (1995). Psychiatric consequences of « ethnic cleansing » : Clinical assessments and trauma testimonies of newly resettled bosnian refugees. *American Journal of Psychiatry*, 152, (4), 536-542.
- Weine, S. M., Vojvoda, D., Becker, D.F., McGlashan, T. H., Hodzic, E., Laub, D., Hyman, L., Sawyer, M., & Lazrove, S. (1998). PTSD symptoms in bosnian refugees one year after resettlement in the United States. *American Journal of Psychiatry*, 155, (4), 562-564.
- Westefeld, J. S., Badura, A., Kiel, J. T., & Scheel, K. (1996). Development of the college student Reasons for Living Inventory with african americans. *Journal of College Student Psychotherapy*, 10, (4), 61-65.
- Westermeyer, J. (1989). Cross-cultural care for PTSD ; Research, training, and service needs for the future. *Journal of Traumatic Stress*, 2, (4), 515-536.
- Wilson, J. P. (1989). *Trauma, transformation and healing*. New-York : Brunner/Mazel.
- Wilson, J. P. (1994). The need for an integrative theory of post-traumatic stress disorder. In M. B. Williams & J. F. Sommer Jr (Éds), *Handbook of post-traumatic therapy* (pp. 3-18). Westport : Greenwood Press.
- Wilson, J. P. (1995). The historical evolution of PTSD ; From Freud to DSM-IV. In G. S. Everly Jr. & J. M. Lating (Éds), *Psychotraumatology : Key papers and core concepts in post-traumatic stress* (pp. 9-26). New-York : Plenum Press.
- Yehuda, R., & McFarlane, A. C. (1995). Conflict between current knowledge about posttraumatic stress disorder and its original conceptual basis. *American Journal of Psychiatry*, 152, (12), 1707-1713.
- Zlotnick, C., Davidson, J. R. T., Shea, T., & Pearlstein, T. (1996). The validation of the Davidson Trauma Scale (DTS) in a sample of survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 184, 255-257.

Appendices

Appendice A

Critères diagnostiques du Trouble État de Stress Post-Traumatique

- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
- (1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
 - (2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
- B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
- (1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.
 - (2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
 - (3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).
 - (4) Sentiment de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
 - (5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- C. Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et épuisement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :
- (1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
 - (2) Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
 - (3) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
 - (4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 - (5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 - (6) Restriction des affects (p. ex., pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).
- D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :
- (1) Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu.
 - (2) Irritabilité ou accès de colère.
 - (3) Difficultés de concentration.
 - (4) Hypervigilance.
 - (5) Réaction de sursaut exagérée.
- E. La perturbation (symptômes des critères B, C et D) dure plus d'un mois.
- F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress.

Appendice B

IRV-48

Nom : _____ Âge : _____ Sexe : _____ Date : _____

Consignes : Voici une liste de raisons que les gens donnent parfois pour ne pas commettre un suicide. Même si vous n'avez jamais envisagé ou que vous croyez fermement que vous n'envisagerez jamais sérieusement de vous suicider, lisez chaque énoncé puis évaluez le degré d'importance que vous accordez à chacune de ces raisons pour ne pas vous suicider à ce moment de votre vie. Assurez-vous d'indiquer un nombre correspondant à votre perception pour chaque énoncé. Souvenez-vous, il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses.

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1- Pas du tout importante (ou ne s'applique pas) | 4- Importante |
| 2- Très peu importante | 5- Très importante |
| 3- Peu importante | 6- Tout à fait importante |
-

- ___ 1- Vous avez des responsabilités et des obligations envers votre famille
- ___ 2- Vous croyez que vous pouvez vous ajuster et apprendre à composer avec vos problèmes
- ___ 3- Vous croyez avoir le contrôle de votre vie et de votre destinée
- ___ 4- Vous avez le désir de vivre
- ___ 5- Vous croyez que Dieu seul a le droit de mettre fin à une vie
- ___ 6- Vous avez peur de la mort
- ___ 7- Votre famille pourrait croire que vous ne l'aimiez pas
- ___ 8- Vous ne croyez pas que les choses sont suffisamment misérables et désespérantes pour désirer mourir
- ___ 9- Votre famille dépend et a besoin de vous
- ___ 10- Vous ne voulez pas mourir
- ___ 11- Vous voulez voir vos enfants grandir
- ___ 12- Votre vie est la seule chose que vous possédez et c'est mieux que rien
- ___ 13- Vous avez des plans futurs que vous aimeriez réaliser

- ___ 14- Peu importe si vous vous sentez mal, vous savez que ça ne durera pas
- ___ 15- Vous avez peur de l'inconnu
- ___ 16- Vous aimez et appréciez trop votre famille pour la quitter
- ___ 17- Vous voulez expérimenter tout ce que la vie peut vous offrir et il y a plusieurs choses que vous n'avez pas encore faites et que vous désirez faire
- ___ 18- Vous avez peur que la méthode pour vous tuer échoue
- ___ 19- Vous tenez suffisamment à vous-même pour vivre
- ___ 20- Votre vie est trop belle et précieuse pour y mettre fin

- ___ 21- Il ne serait pas juste de laisser vos enfants aux autres pour qu'ils en prennent soin
- ___ 22- Vous croyez que vous pouvez trouver d'autres solutions à vos problèmes
- ___ 23- Vous avez peur d'aller en enfer
- ___ 24- Vous aimez la vie
- ___ 25- Vous êtes trop équilibré pour vous tuer
- ___ 26- Vous êtes un lâche et vous n'avez pas le courage de vous tuer
- ___ 27- Vos croyances religieuses vous interdisent de vous tuer
- ___ 28- Votre suicide aurait un effet nuisible sur vos enfants
- ___ 29- Vous êtes curieux de voir ce que l'avenir vous réserve
- ___ 30- Votre suicide blessera trop votre famille et vous ne voulez pas qu'elle en souffre
- ___ 31- Vous êtes préoccupé par ce que les autres penseraient de vous
- ___ 32- Vous croyez que chaque chose peut bien tourner
- ___ 33- Vous ne pouvez décider où, quand et comment vous tuer
- ___ 34- Vous considérez le fait de vous tuer comme moralement mauvais
- ___ 35- Vous avez encore plusieurs choses à réaliser
- ___ 36- Vous avez le courage d'affronter la vie
- ___ 37- Vous êtes heureux et content de votre vie
- ___ 38- Vous avez peur du « geste » de vous tuer (la douleur, le sang, la violence)

- ___ 39- Vous croyez que ce n'est pas en vous donnant la mort que vous réglerez vos problèmes
- ___ 40- Vous avez l'espoir que les choses vont s'améliorer et que l'avenir sera meilleur
- ___ 41- Les autres penseraient que vous êtes un faible et un égoïste
- ___ 42- Vous avez une tendance innée à survivre
- ___ 43- Vous ne voulez pas que les autres pensent que vous n'avez pas le contrôle de votre vie
- ___ 44- Vous croyez que vous pouvez trouver une raison pour vivre
- ___ 45- Vous n'avez aucune raison de précipiter votre mort
- ___ 46- Vous êtes peu doué pour que votre méthode de vous tuer soit efficace
- ___ 47- Vous ne voulez pas que votre famille se sente coupable par la suite
- ___ 48- Vous ne voulez pas que votre famille pense que vous étiez un égoïste et un lâche

RFL-48

Name : _____ Âge : _____ Sex : _____ Date : _____

On the following pages are reasons people sometimes give for not committing suicide. We would like to know how important each of these possible reasons would be to you at this time in your life as a reason to not kill yourself. Even if you never have or firmly believe you never would seriously consider killing yourself, it is still important that you rate each reason. Rate on the basis of why killing yourself is not or would never be an alternative for you. Remember there is no good or bad answers.

- | | |
|---|--|
| <p>1- Not at all important (or does not apply to me)</p> <p>2- Quite unimportant</p> <p>3- Somewhat unimportant</p> | <p>4- Somewhat important</p> <p>5- Quite important</p> <p>6- Extremely important</p> |
|---|--|
-

- ___ 1- I have a responsibility and commitment to my family.
- ___ 2- I believe I can learn to adjust or cope with my problems.
- ___ 3- I believe I have control over my life and destiny.
- ___ 4- I have a desire to live.
- ___ 5- I believe only God has the right to end a life.
- ___ 6- I am afraid of death
- ___ 7- My family might believe I did not love them.
- ___ 8- I do not believe that things get miserable or hopeless enough that I would rather be dead.
- ___ 9- My family depends upon me and needs me.
- ___ 10- I do not want to die.
- ___ 11- I want to watch my children as they grow.
- ___ 12- Life is all we have and is better than nothing.
- ___ 13- I have future plans I am looking forward to carrying out.
- ___ 14- No matter how badly I feel, I know that it will not last.
- ___ 15- I am afraid of the unknown.

- ___ 16- I love and enjoy my family too much and could not leave them.
- ___ 17- I want to experience all that life has to offer and there are many experiences I haven't had yet which I want to have.
- ___ 18- I am afraid that my method of killing myself would fail.
- ___ 19- I care enough about myself to live.
- ___ 20- Life is too beautiful and precious to end it.

- ___ 21- It would not be fair to leave the children for others to take care of.
- ___ 22- I believe I can find other solutions to my problems.
- ___ 23- I am afraid of going to hell.
- ___ 24- I have a love of life.
- ___ 25- I am too stable to kill myself.
- ___ 26- I am a coward and do not have the guts to do it.
- ___ 27- My religious beliefs forbid it.
- ___ 28- The effect on my children could be harmful.
- ___ 29- I am curious about what will happen in the future.
- ___ 30- It would hurt my family too much and I would not want them to suffer.
- ___ 31- I am concerned about what others would think of me.
- ___ 32- I believe everything has a way of working out for the best.
- ___ 33- I could not decide where, when, and how to do it.
- ___ 34- I consider it morally wrong.
- ___ 35- I still have many things left to do.
- ___ 36- I have the courage to face life.
- ___ 37- I am happy and content with my life.
- ___ 38- I am afraid of the actual « act » of killing myself (the pain, the blood, violence).
- ___ 39- I believe killing myself would not really accomplish or solve anything.
- ___ 40- I have hope that things will improve and the future will be happier.

- ___ 41- Other people would think I am weak and selfish.
- ___ 42- I have an inner drive to survive.
- ___ 43- I would not want people to think I did not have control over my life.
- ___ 44- I believe I can find a purpose in life, a reason to live.
- ___ 45- I see no reason to hurry death along
- ___ 46- I am so inept that my method would not work.
- ___ 47- I would not want my family to feel guilty afterwards.
- ___ 48- I would not want my family to think I was a selfish or a coward.

IMV-48

Apellido : _____ Edad : _____ Sexo : _____ Fecha : _____

Directivas : He aquí una lista de motivos que da la gente a veces para no cometer suicidio. Aun cuando usted no ha pensado nunca en suicidarse o cree firmemente que no pensará nunca en hacerlo, lea cada enunciado e indique qué importancia le da a cada motivo para no suicidarse en su vida actual. Usted tiene que certiorarse de que ha indicado una cifra que refleja su sentimiento para cada enunciado. No olvide que no existen buenas o malas respuestas.

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1- Nada importante (o no se aplica) | 4- Importante |
| 2- Muy poco importante | 5- Muy importante |
| 3- Poco importante | 6- Verdaderamente importante |

-
- _____ 1- Usted tiene responsabilidades y obligaciones para con su familia.
- _____ 2- Cree que puede adaptarse y aprender a acomodarse con sus problemas.
- _____ 3- Cree que controla su vida y su destino.
- _____ 4- Usted desea vivir.
- _____ 5- Cree que sólo Dios tiene el derecho de poner fin a una vida.
- _____ 6- Usted teme la muerte.
- _____ 7- Su familia podría pensar que Vd. no la quería.
- _____ 8- Usted no cree que las cosas han llegado a ser tan miserables y desesperantes como para desear morir.
- _____ 9- Su familia depende de Vd. y le necesita.
- _____ 10- Usted no quiere morir.
- _____ 11- Quiere ver a sus niños creciendo.
- _____ 12- Su vida es lo único que posee y es más que no tener nada.
- _____ 13- Usted tiene proyectos futuros y quiere realizarlos.
- _____ 14- Poco le importa sentirse mal ya que sabe que va a acabar esta situación.
- _____ 15- Usted teme lo desconocido.
- _____ 16- Usted quiere y aprecia demasiado a su familia para dejarla.

- ___ 17- Quiere Vd. experimentar todo lo que le puede ofrecer la vida. Existen varias cosas que todavía no ha realizado y quiere realizarlas.
- ___ 18- Tiene miedo de que su técnica para matarse no funcione.
- ___ 19- Usted se aprecia bastante como para vivir.
- ___ 20- Su vida es demasiado bonita y preciosa como para ponerle fin.

- ___ 21- Sería injusto el dejar sus niños a otros para que se encargaran de ellos.
- ___ 22- Usted cree que puede encontrar otras soluciones a sus problemas.
- ___ 23- Tiene miedo de ir al infierno.
- ___ 24- Usted quiere la vida.
- ___ 25- Usted es demasiado ponderado como para matarse.
- ___ 26- Usted es cobarde y no tiene valor para matarse.
- ___ 27- Sus creencias religiosas no le permiten matarse.
- ___ 28- Su suicidio tendría efectos perjudiciales para sus niños.
- ___ 29- Tiene curiosidad por saber qué es lo que el porvenir preve para usted.
- ___ 30- Su suicidio le heriría demasiado a su familia y Vd. no quiere que ella sufra por ello.
- ___ 31- Le preocupa lo que pensaría la gente de Vd.
- ___ 32- Usted cree que cualquier cosa puede tomar buen rumbo.
- ___ 33- No logra Vd. decidir en qué lugar, en qué momento y de qué manera matarse.
- ___ 34- Estima que el matarse es moralmente malo.
- ___ 35- Tiene varias cosas por realizar todavía.
- ___ 36- Tiene valor para enfrentar la vida.
- ___ 37- Se siente feliz y está contento con su vida.
- ___ 38- Tiene miedo del « gesto » de matarse (el dolor, la sangre, la violencia)
- ___ 39- Cree que el matarse no es una solución para zanjar sus problemas.
- ___ 40- Confía en que las cosas van a mejorar y que el porvenir será mejor.
- ___ 41- La gente pensaría que Vd. Tiene un carácter débil y que es egoísta.

- ___ 42- El sobrevivir es algo innato para usted.
- ___ 43- No quiere Vd. que los otros piensen que no controla su vida.
- ___ 44- Cree que puede encontrar un motivo para vivir.
- ___ 45- No tiene ningún motivo para adelantar su muerte.
- ___ 46- No tiene bastante habilidad para que su método de suicidio sea eficaz.
- ___ 47- No quiere que su familia llegue a sentirse culpable.
- ___ 48- No quiere que su familia piense que Vd. era egoísta y cobarde.

ÉCHELLE DE DAVIDSON

Nom : _____ Âge : _____ Sexe : _____ Date : _____

Veillez décrire le traumatisme qui vous bouleverse le plus :

Chacune des questions suivantes porte sur un symptôme particulier. Pour chaque question, évaluez la fréquence à laquelle ce symptôme vous a dérangé au cours de la semaine écoulée, ainsi que sa gravité. Dans les deux cases en regard de chaque question, inscrivez un chiffre compris entre 0 et 4 pour indiquer la fréquence et la gravité du symptôme.	Fréquence	Gravité
	0 = pas du tout	0 = pas du tout pénible
	1 = 1 fois seulement	1 = pénible de façon minimale
	2 = 2 ou 3 fois	2 = modérément pénible
	3 = 4 à 6 fois	3 = pénible de façon prononcée
4 = tous les jours	4 = extrêmement pénible	

Question	Fréquence	Gravité
1- Avez-vous eu des souvenirs, des pensées ou des images douloureuses de l'événement?		
2- Avez-vous fait des rêves pénibles de l'événement?		
3- Avez-vous senti que l'événement se reproduisait en quelque sorte? Avez-vous l'impression que vous le reviviez?		
4- Avez-vous été perturbé par quelque chose qui vous rappelait l'événement?		
5- Avez-vous été physiquement dérangé par des souvenirs de l'événement? (Cela comprend la transpiration, les tremblements, le rythme cardiaque qui s'emballe, les difficultés respiratoires, les nausées, la diarrhée).		
6- Avez-vous évité de penser à l'événement ou d'avoir des sentiments à son égard?		
7- Avez-vous évité de faire des choses ou de vous mettre dans des situations qui vous rappellent l'événement?		
8- Vous arrive-t-il d'être incapable de vous souvenir de parties importantes de l'événement?		
9- Avez-vous eu de la difficulté à avoir du plaisir?		
10- Vous êtes-vous senti distant ou coupé des autres personnes?		
11- Avez-vous été incapable d'éprouver des sentiments tristes ou tendres?		
12- Avez-vous trouvé difficile d'imaginer que vous vivriez longtemps et que vous réaliseriez vos objectifs?		
13- Avez-vous eu de la difficulté à vous endormir ou à avoir un sommeil stable?		
14- Vous êtes-vous senti irritable ou avez-vous eu des accès de colère?		
15- Avez-vous eu de la difficulté à vous concentrer?		
16- Avez-vous eu les nerfs à vif, facilement distrait, ou avez-vous dû rester « sur vos gardes »?		
17- Vous êtes-vous senti nerveux ou avez-vous été facilement surpris?		

DAVIDSON SCALE

Name : _____ Age : _____ Sex : _____ Date : _____

Please identify the trauma that is most disturbing to you :

Each of the following questions asks you about a specific symptom. For each question, consider how often in the last week the symptom troubled you and how severe it was. In the two boxes beside each question, write a number from 0 – 4 to indicate the frequency and severity of the symptom.	Frequency	Severity
	0 = Not At All	0 = Not At All Distressing
	1 = Once Only	1 = Minimally Distressing
	2 = 2 or 3 times	2 = Moderately Distressing
	3 = 4 to 6 times	3 = Markedly Distressing
	4 = Every Day	4 = Extremely Distressing

Question	Frequency	Severity
1- Have you ever had painful images, memories, or thoughts of the event?		
2- Have you ever had distressing dreams of the event?		
3- Have you felt as though the event was recurring? Was it as if you were reliving it?		
4- Have you been upset by something that reminded you of the event?		
5- Have you been physically upset by reminders of the event? (This includes sweating, trembling, racing heart, shortness of breath, nausea, or diarrhea.)		
6- Have you been avoiding any thoughts or feelings about the event?		
7- Have you been avoiding doing things or going into situations that remind you of the event?		
8- Have you found yourself unable to recall important parts of the event?		
9- Have you had difficulty enjoying things?		
10- Have you felt distant or cut off from other people?		
11- Have you been unable to have sad or loving feelings?		
12- Have you found it hard to imagine having a long life span and fulfilling your goals?		
13- Have you had trouble falling asleep or staying asleep?		
14- Have you been irritable or had outbursts of anger?		
15- Have you had difficulty concentrating?		
16- Have you felt on edge, been easily distracted, or had to stay « on guard »?		
17- Have you been jumpy or easily startled?		

ESCALA DE DAVIDSON

Apellido : _____ Edad : ____ Sexo : ____ Fecha : _____

Sirve describir el traumatismo que más le trastorna :

Cada una de las siguientes preguntas trata de un sintoma particular. Para cada pregunta, estime con qué frecuencia dicho sintoma le molestò durante la pasada semana, así como su gravedad. En frente de cada pregunta, indique en la casilla correspondiente la frecuencia y la gravedad del sintoma.	Frecuencia	Gravedad
	0 = ninguna vez	0 = nada penoso
	1 = 1 sola vez	1 = muy poco penoso
	2 = 2 o 3 veces	2 = poco penoso
	3 = 4 a 6 veces	3 = bastante penoso
4 = cada día	4 = muy penoso	

Pregunta	Frecuencia	Gravedad
1- ¿Tuvo usted recuerdos, pensamientos o imágenes dolorosas del acontecimiento?		
2- ¿Tuvo sueños penosos del acontecimientos?		
3- ¿Sintió como si el acontecimiento se estuviera reproduciendo, por decirlo así? ¿Le parecía a usted que lo estaba reviviendo?		
4- ¿Le perturbò algo que le recordaba el acontecimiento?		
5- ¿Fue usted molestado físicamente por recuerdos del acontecimiento? (Esto incluye transpiración, temblores, aceleración del ritmo cardiaco, dificultades respiratorias, náuseas, diarrea.)		
6- ¿Procurò usted no pensar en el acontecimiento o tener sentimientos al respecto?		
7- ¿Evitó usted hacer cosas o ponerse en situaciones que le recuerdan el acontecimiento?		
8- ¿Le sucede el hecho de no poder recordar partes importantes del acontecimiento?		
9- ¿Le resultò difícil tener placer?		
10- ¿Se sintió usted distante o apartado de las otras personas?		
11- ¿Le fue imposible tener sentimientos tristes o cariñosos?		
12- ¿Le pareció difícil imaginar que tendría una vida larga y que realizaría sus objetivos?		
13- ¿Tuvo dificultades para dormirse o para tener sueño estable?		
14- ¿Se sintió irritable o tuvo arrebatos de cólera?		
15- ¿Tuvo dificultades para concentrarse?		
16- ¿Estuvo hecho un manojo de nervios, estuvo distaido o tuvo que estar sobre aviso?		
17- ¿Se sintió nervioso o resultò fácilmente sorprendido?		

Appendice C

Portrait A : Tina

Âge	24 ans
État civil	Célibataire
Enfants	Un demeuré au pays d'origine Un à venir
Religion	Pratiquante
Traumatismes	Arrestation Emprisonnement
Durée des traumatismes	2 mois
Temps écoulé entre le début des traumatismes et l'évaluation	10 mois
Syndrome clinique	ÉSPT Épisode dépressif
Symptomatologie particulière	Somatisation Retrait social
Attitude en entrevue	Détachement, résignation, fermeture
Commentaires	Semble vouloir trouver un sens à sa vie par l'arrivée du nouveau bébé et la possibilité d'avoir un travail
Analyse globale	IRV élevé avec des sous-scores aux échelles OM, CE, RF et SA élevés qui correspondent aux objectifs de vie (religion, enfants, travail) tels que décrits dans les entrevues.

Portrait B : Monique

Âge	39 ans
État civil	Célibataire (en union de fait dans son pays d'origine)
Enfants	Aucun
Religion	Pratiquante
Traumatismes	Kidnapping, séquestration Agressions physiques
Durée des traumatismes	Entre un mois et deux mois
Temps écoulé entre le début des traumatismes et l'évaluation	10 mois
Syndrome clinique	ÉSPT Épisode dépressif
Symptomatologie particulière	Somatisation Anxiété élevée
Attitude en entrevue	Expression vive de la détresse, tension
Commentaires	Image de soi antérieure positive
Analyse globale	IRV moyennement élevé avec des sous-scores aux échelles RF et SA élevés. Détresse psychologique vive sans idéation suicidaire. Les sous-scores à l'ÉTD sont moyennement répartis avec un score total élevé.

Portrait C : Guylaine

Âge	50 ans
État civil	Mariée (conjoint demeuré au pays d'origine)
Enfants	Deux (demeurés au pays d'origine)
Religion	Pratiquante
Traumatismes	Menaces, kidnapping, séquestration Viols
Durée des traumatismes	Environ 2 mois
Temps écoulé entre le début des traumatismes et l'évaluation	6 mois
Syndrome clinique	ÉSPT
Symptomatologie particulière	Anxiété élevée (possibilité de trouble anxieux)
Attitude en entrevue	Crainte, évitement, contrôle
Commentaires	Besoin de contenir ses affects et démontrer un certaine force de résilience. Le degré élevé d'anxiété semble être l'effet contraire au besoin d'évitement et de contrôle.
Analyse globale	IRV élevé avec des sous-scores aux échelles SA, RF et CE élevés. Les symptômes d'hyperexcitation sont les plus présents à l'ÉTD.

Portrait D : Linda

Âge	33 ans
État civil	Célibataire
Enfants	Aucun
Religion	Pratiquante
Traumatismes	Arrestation, emprisonnement, viol Menaces après libération
Durée des traumatismes	1 mois
Temps écoulé entre le début des traumatismes et l'évaluation	4 mois
Syndrome clinique	ÉSPT
Symptomatologie particulière	Anxiété élevée
Attitude en entrevue	Passivité, expression réservée des affects,
Commentaires	Cherche à éviter la détresse post- traumatique par l'activisme.
Analyse globale	Sous-scores élevés aux échelles RF et SA qui peuvent correspondre aux inquiétudes présentes pour la famille (RF) et au fonctionnement antérieur adéquat et enrichissant (SA).

Portrait E : Marie

Âge	35 ans
État civil	Célibataire
Enfants	Aucun Enceinte lors de l'évaluation
Religion	Pratiquante
Traumatismes	Arrestation, emprisonnement, viols Témoin de viols envers d'autres femmes et jeunes filles Famille immédiate tuée
Durée des traumatismes	Un peu plus d'un mois
Temps écoulé entre le début des traumatismes et l'évaluation	10 mois
Syndrome clinique	ÉSPT
Symptomatologie particulière	Somatisation
Attitude en entrevue	Exprime vivement sa détresse
Commentaires	Mise sur la religion et l'arrivée du bébé pour oublier les traumatismes et la mort de sa famille
Analyse globale	À l'IRV, OM et CE élevés qui semblent représenter les points de réconfort (religion, bébé à venir). À l'ÉTD, symptomatologie variée et répartie entre les trois sphères de symptômes.

Portrait F : Judith

Âge	21 ans
État civil	Célibataire
Enfants	Aucun Considère le plus jeune membre de sa fratrie comme son enfant (le seul membre survivant de sa famille)
Religion	Pratiquante
Traumatismes	Conflit ethnique, assassinats des membres de sa famille. Viol et harcèlement sexuel pendant l'exil.
Durée des traumatismes	6 ans
Temps écoulé entre le début des traumatismes et l'évaluation	7 ans
Syndrome clinique	ÉSPT Épisode dépressif
Symptomatologie particulière	Somatisation
Attitude en entrevue	Crainte, réserve
Commentaires	Semble posséder des objectifs de vie malgré la détresse actuelle
Analyse globale	IRV faible mais sous-échelle SA étant l'un des scores les plus élevés. À l'ÉTD, symptômes de reviviscence des traumatismes et d'hyperexcitation les plus élevés.

Portrait G : Elen

Âge	23 ans
État civil	Célibataire
Enfants	Aucun
Religion	Pratiquante
Traumatismes	Arrestation, emprisonnement, viols Témoin de la mort des membres de sa famille.
Durée des traumatismes	1 jour
Temps écoulé entre le début des traumatismes et l'évaluation	1 an
Syndrome clinique	ÉSPT Épisode dépressif
Symptomatologie particulière	Retrait social, isolement Somatisation
Attitude en entrevue	Évitement, réserve
Commentaires	Semble trouver un refuge par la pratique de la religion
Analyse globale	Score total à l'ÉTD élevé avec symptômes d'évitement imposants. IRV faible avec des sous-scores OM et SA plus élevés

Portrait H : Sylvie

Âge	30 ans
État civil	Célibataire En union de fait dans son pays d'origine.
Enfants	De son conjoint Prise en charge du plus jeune de sa fratrie.
Religion	Pratiquante
Traumatismes	Harcèlement militaire Arrestation, emprisonnement, viols Agression physique
Durée des traumatismes	2 ans
Temps écoulé entre le début des traumatismes et l'évaluation	2 ans et demi
Syndrome clinique	ÉSPT Épisode dépressif
Symptomatologie particulière	Somatisation
Attitude en entrevue	Évitement, fermeture
Commentaires	Attitude en entrevue de contrôle émotif
Analyse globale	IRV plutôt élevé avec sous-échelles SA, CE et OM plus élevés. CE semble correspondre à l'espoir entretenu face à la réunion familiale. OM correspond au réconfort apporté par la religion. SA semble se lier au sentiment de sécurité au Canada malgré la détresse présente.

Portrait I : Claudia

Âge	33 ans
État civil	Mariée (sans nouvelles de son conjoint depuis les événements traumatiques)
Enfants	Deux demeurés au pays d'origine Un avec elle
Religion	Pratiquante
Traumatismes	Arrestation, emprisonnement Viols et tortures
Durée des traumatismes	10 jours
Temps écoulé entre le début des traumatismes et l'évaluation	5 mois
Syndrome clinique	ÉSPT Épisode dépressif
Symptomatologie particulière	Idéations suicidaires Tentative de suicide avant l'exil Somatisation
Attitude en entrevue	Fermeture, silence,
Commentaires	détresse psychologique imposante
Analyse globale	IRV le plus faible du groupe et ÉTD le plus élevé du groupe. ÉSPT aigu, dépression majeure.

Portrait J : Pascale

Âge	23 ans
État civil	Célibataire
Enfants	Deux
Religion	Pratiquante
Traumatismes	Violence conjugale et menaces après rupture de la relation.
Durée des traumatismes	2 ans et demi
Temps écoulé entre le début des traumatismes et l'évaluation	3 ans
Syndrome clinique	ÉSPT Épisode dépressif
Symptomatologie particulière	Méfiance, hypervigilance
Attitude en entrevue	Retenue, soumission
Commentaires	L'image de soi est amoindrie, ce qui peut représenter une conséquence des traumatismes.
Analyse globale	Les sous-échelles CE, RF et SA à l'IRV fournissent des scores élevés. Les symptômes d'hyperexcitation à l'ÉTD sont les plus élevés.